DR. CARLOS MIGUEL MUSSI

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES TERAPÉUTICAS

CÓMO MEJORAR LOS RESULTADOS EN PSICOTERAPIA

MONTEMORELOS, NUEVO LEÓN, MÉXICO
2005

Dr. Carlos Miguel Mussi Gobet
Terapeuta de familia, médico psiquiatra, especialista en *Compassion Fatigue Specialist Training* (Florida State University), Certified Addiction Counselor Level II (Board of the Georgia), profesor titular de Seminario en Clínica de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (Argentina), profesor asociado de Psicopatología en la Universidad Católica de Santa Fe (Argentina), profesor visitante de la Universidad Peruana Unión (Perú). Docente contratado en la Universidad de Montemorelos, Nuevo León. Ex–director del Servicio de Bienestar Mental y coordinador instructor docente de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental del Sanatorio Adventista del Plata (Argentina), ex–profesor titular de Psicología Clínica II y de Clínica Psiquiátrica, en la Universidad Adventista del Plata (Argentina). Director del Centro Privado de Calidad de Vida (Argentina).

ÍNDICE

PRÓLOGO

Recientemente, una llamada telefónica nos convocó a un Hospital donde estaba internada una paciente que necesitaba consulta. Fuimos con el Dr. Carlos Mussi. Durante más de media hora escuchamos las angustias de María, una señora que frisaba los 50 años, que se encontraba en un estado lastimoso. Relataba sus sufrimientos con expresiones patéticas de dolor, mientras lloraba desesperadamente. Hacía cinco meses que no dormía más que dos o tres horas por día; situación que se había agravado aún más las últimas noches, cuando no había podía pegar los ojos ni por un dichoso momento. Con su rostro fruncido y estragado, el cuerpo crispado, respirando con agitación, suplicaba: "¡No puedo más! Por favor, ¡denme algo para dormir! Tengo una electricidad que me recorre todo el cuerpo. Me tiemblan las manos y las piernas. No tengo fuerzas en las piernas. Tengo miedo de caerme. Me duele la nuca y la cabeza…" Hizo una pausa mientras se masajeaba la zona posterior de la cabeza en un intento de conseguir cierto alivio. Entonces, el Dr. Mussi comenzó hablar. Le dijo: "Graciela, entendemos perfectamente lo que usted está sufriendo. Sabemos que es algo terrible. Nos asombra que haya soportado tanto. Usted está padeciendo un trastorno severo de ansiedad, donde el insomnio es uno de los síntomas". Le explicó cuáles eran todos los síntomas, su base neurológico, psicológica y las condiciones sociales que lo habían generado.

María dejó de llorar para escuchar con atención creciente. A medida que las palabras esclarecedoras le fueron llegando su rostro se fue distendiendo y apaciguando. Rápidamente se creo un lazo invisible pero muy real de comunicación, donde las palabras fluían serenas alcanzando notables resultados bienhechores. Las preguntas eran contestadas con sapiencia y calidez. Una misteriosa alquimia iba produciéndose en María, que sorprendentemente se sentía comprendida y contenida. El Dr. Mussi le enseñó a María como debía respirar para controlar la ansiedad, en forma muy diferente a la manera agitada como lo estaba haciendo, "hiperventilando y aumentando el dióxido de carbono en la sangre, lo cual contribuye a aumentar la ansiedad". La señora puso sus manos sobre la parte baja del abdomen, para percibir el flujo de aire sobre el diafragma y como hacer para bajarlo desde los pulmones. Se olvidó de sus angustias y de su insomnio pertinaz. Durante varios minutos se concentró en la respiración, calmándose notablemente. Finalmente, le recetó un medicamento y le dio varios consejos para poder conciliar el sueño. Una semana después la vimos constituida en otra persona. "Usted sabe que el otro día, me fui a la cama a la ocho de la noche y dormí hasta las ocho del otro día. ¡No lo podía creer!". Había recuperado milagrosamente el sueño, durmiendo todos las noches en forma placentera y recuperadora.

En esa entrevista observé en acción muchos de los conceptos que el Dr. Mussi explica en este libro. Fue una lección excelente de cómo se construye la relación te-

rapéutica y se ejerce el arte admirable de alcanzar a sintonizarse emocionalmente con el cliente, que Mussi le llama "desarrollo empático"; cómo hay que tratar al paciente que llora y obtener los mejores y rápidos resultados en terapia, aplicando los conceptos que conducen al cambio saludable. Ese encuentro con María no fue una entrevista "profesional" con un especialista, llena de tecnicismo, por el contrario, fue un encuentro humano, afectuoso, acogedor, de quienes parecían conocerse por años; un diálogo amistoso entre un sufriente —en un estado extremo de extenuación—, que encontró la palabra que le devolvió la esperanza y le hizo reencontrar la salud.

Para mí, esa consulta no resultó sorprendente, aunque los resultados lo fueron. Durante quince años trabajé con Carlos Mussi y conozco muy bien sus cualidades profesionales y humanas. Fue una nueva muestra de muchas consultas que he tenido el privilegio de realizar a lo largo de tantos años de trabajo en equipo. Por ese motivo es que aconsejo con entusiasmo esta obra para todo terapeuta que desee mejorar sus resultados clínicos. Aquí encontrará la experiencia acumulada de años de de consultorio en forma de claves conductoras para alcanzar tratamientos exitosos.

Es necesario aclarar que ésta es una obra para especialista. Muy difícilmente la podrá entender quien no transita por estos espacios de ayuda. Está presentada como un libro de texto, para dar seminarios y cursos de entrenamiento en habilidades terapéuticas. Si bien trata de las verdades sutiles y candentes de la vida, están expuestas en forma conceptual y aludiendo continuamente a las diferentes teorías de la psicología clínica. Es una suerte de caja de herramientas para que el terapeuta aprenda a usarlas a fin de lograr alcances insospechados, apaciguando los fuegos del alma en la nevera de la comprensión empática y moviéndose con aceitada agilidad entre los intersticios, muchas veces difíciles y riesgosos, de la consulta clínica.

Es increíble como esas exhalaciones del aire, esos vientecillos mínimos, esos ruidos suaves que llamamos palabras, pueden tener tanto efecto cuando llegan a penetrar con sabiduría en los oídos y la masa gris del cerebro de una persona. Pueden ser como luces que iluminen las cámaras oscuras del alma, trayendo nueva energía a quien la ha perdido. Este libro trata precisamente de eso, del uso exclusivo y excluyente de las palabras, de las herramientas del terapeuta, de las habilidades para crear esa atmósfera imprescindible de comunicación que lleve a trasmitir la cura bienhechora y el anhelado bienestar mental.

Auguramos el mejor de los éxitos a esta obra fruto de la experiencia acumulada de un excelente y querido profesional.

Dr. Mario Pereyra

Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México

INTRODUCCIÓN

“La educación de los profesionales de la salud (y específicamente en el campo de la salud mental), debe tener como objetivo la adquisición de las competencias necesarias para llevar a cabo las tareas profesionales. Los programas deben orientarse hacia el logro de estas tareas, la competencia profesional y la capacidad de afrontar situaciones nuevas y no a la retención o recuerdo de información”.

M. García Barbero

GENERALIDADES

“La psicoterapia como todo arte se aprende haciendo y no sabiendo”

Tradicionalmente, los sistemas de capacitación del recurso humano en el campo de la salud mental, han estado basados fundamentalmente en la transmisión de categorías analíticas y de recursos técnicos, teniendo en general, poca relevancia el aprendizaje de las competencias necesarias para su implementación y el buen uso de los mismos. Más aún, las teorías y técnicas que en sí mismas son entidades abstractas, encuentran sustancialidad, una vez tamizadas por la persona del terapeuta. Es así como esta, se constituye en la piedra angular sobre la cual descansa todo el proceso terapéutico. Por otro lado, el aprendizaje de las habilidades terapéuticas implica un verdadero proceso artístico, en el cual el terapeuta debe aprender a “tallarse” a sí mismo, con la finalidad de poder acomodar sus intervenciones de acuerdo a la diversidad de los colectivos consultantes.

Establecer una buena relación terapéutica, promover la empatía, incrementar la motivación al cambio y disminuir al mismo tiempo los niveles de resistencia de los pacientes, y aprender a controlar su propio enojo y también su ansiedad, constituyen algunos de los desafíos más importantes que la práctica clínica impone a todo aquel que se dedique a trabajar como psicoterapeuta. Asimismo, la adquisición de las diversas destrezas por parte del terapeuta, sólo son posibles de “aprehenderlas” desde su propio estilo y en el marco de la interacción con modalidades de consultas muy variadas (intimidatorio, agresivo, seductor, empalagador, desesperante, entre otros).

Cabe consignar por último que, el dominio profesional de las habilidades propuestas, constituye uno de los caminos mas adecuado para obtener los mejores re-

sultados en terapia y además poder lograrlo con el menor costo emocional posible, tanto para el terapeuta como para el consultante.

PROPÓSITO Y ESTRUCTURA

Se plantea como propósito el contribuir al desarrollo de un tipo de práctica psicoterapéutica, informada y guiada, por los resultados de la investigación sobre el éxito en psicoterapia, de manera tal de poder maximizar los índices de eficacia y eficiencia profesional. Así, pues, el principio organizativo que ha permitido seleccionar y articular los contenidos de los diferentes capítulos de este libro, se sustenta en el concepto de *efectividad terapéutica*.

Resulta pertinente señalar entonces, que las investigaciones acumuladas en los últimos cuarenta años sobre efectividad terapéutica, señalan que los factores comunes e inespecíficos de la relación terapéutica, resultan más relevantes en la determinación de los resultados que la teoría y técnica que los terapeutas utilizan. Por lo tanto, el énfasis estará puesto en el desarrollo de ciertas habilidades y competencias básicas, tendientes a poder establecer una buena alianza de trabajo, como fundamento de una práctica psicoterapéutica rigurosa y eficiente.

También, se abordará un modelo de entrevista motivacional, la cual puede ser utilizada de manera eficiente en las diferentes presentaciones clínicas, con especial valor para trabajar con pacientes que presentan poco interés y escasa disposición al cambio. El análisis de la resistencia, y la descripción de aquellos procedimientos terapéuticos más adecuado para su remoción, serán también objetos de nuestro trabajo.

La descripción y elaboración de estrategias específicas para trabajar con ciertas situaciones clínicas especiales, que habitualmente producen en el terapeuta un marcado estado de incomodidad y malestar emocional, forma parte también de los temas presentados. Otro aspecto de relevancia que hemos incluido se refiere a la investigación sobre resultados en psicoterapia, la cual también ha permitido reformular las categorías diagnósticas tradicionales, mereciendo especial atención el diagnostico de ciertas características de los pacientes que se corresponden con ciertas características de los terapeutas. El apareamiento o *matching* de esas nuevas dimensiones diagnósticas, se traduce en resultados mas satisfactorios. Para ello se requiere entonces, aprender a utilizar los diferentes recursos terapéuticos de manera diferenciada y en función de los nuevos hallazgos investigativos, a los efectos de incrementar el éxito terapéutico

Asimismo, nos ocuparemos de los aspectos más personales del terapeuta, los cuales comprenden específicamente, el adiestramiento de un conjunto de habilidades de autocontrol y de autocuidado, con la finalidad de prevenir los efectos deletéreos más comunes que aparecen en el terapeuta como consecuencia de la práctica clínica: el síndrome del estar quemado o *Burnout*, y el desgaste por empatía o *compassion fatigue*.

Por último, se hace referencia a un modelo de sistematización de primera entrevista desde el enfoque de Palo Alto o Interaccional-estratégico, considerando que el modelo propuesto, enriquecido a su vez por los aportes investigativos de los últimos años, ha demostrado ser, dentro de la psicoterapia breve, uno de los más eficaces para la resolución de problemas.

Los fundamentos epistemológicos están basados en una epistemología sistémica, cibernética y constructivista. Se postula que toda psicopatología o la diversidad de las problemáticas humanas, se dan en el marco de la interacción (con uno mismo, con otros o con el mundo), por lo tanto todo comportamiento debe ser entendido y significado dentro de determinado contexto. El constructivismo sostiene que no hay verdades unívocas y que cada sujeto construye su propia realidad, principio que impregna todos los procedimientos terapéuticos.

DESTINATARIOS

El libro está destinado a todos aquellos profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, psicopedagogos, musicoterapeutas, enfermeros, *counselors*, mediadores, pastores, etc) y también a estudiantes avanzados de las respectivas disciplinas mencionadas, interesados en desarrollar las habilidades clínicas, en el marco de las psicoterapias breves y con orientación hacia la integración de recursos psicoterapéuticos.

Capítulo I

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

"La relación es lo que cura."
Irving Yallon

1. LA ALIANZA TERAPÉUTICA COMO PREDICTOR DE RESULTADOS

Una gran cantidad de resultados de investigaciones realizadas durante los últimos 40 años, han permitido demostrar, que la alianza terapéutica no es un prerrequisito para un tratamiento exitoso sino que es el tratamiento. Luego de muchas investigaciones, las terapias que han probado ser más eficaces son aquellas en las que los clientes percibían un lazo terapéutico beneficioso y un mutuo acuerdo de metas.

En palabras de Beutler y Strupp (1986) la complejidad y sutileza de los procesos psicoterapéuticos no pueden ser reducidas a un conjunto de técnicas porque las técnicas cobran significado y, a su vez, efectividad, a través de una interacción particular con los individuos que las llevan a cabo. Lambert (1992), luego de analizar diversos estudios de investigación en relación a los factores que determinan la efectividad en psicoterapia, concluye que las características y competencias personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnica de tratamiento.

A continuación se describen algunos de los resultados investigativos más significativos de los últimos años sobre efectividad terapéutica, los cuales señalan la enorme relevancia clínica que tiene para mejorar los resultados en terapia, el desarrollo de una relación terapéutica efectiva, como así también, sus procesos de ruptura y reparación, Los conclusiones más destacadas son los siguientes:

1. La calidad de la alianza de trabajo es considerada uno de los más importantes predictores de los resultados, por lo cual se infiere que, el buen desarrollo de una relación terapéutica y como así también sus procesos de reparación y ruptura, son gravitantes en la determinación de los resultados.

2- Contamos con evidencia disponible para sostener que, los procesos específicos de expresión de los sentimientos negativos de los pacientes, seguidos de conductas no defensivas por parte de los terapeutas, juega un rol significativo, en la resolución de las rupturas de la alianza. Algunas de estas evidencias demuestran la relación entre los procesos de resolución dentro de una sesión y el mejoramiento de la alianza dentro de la misma.

3- También, se ha podido constatar que, un patrón de quiebre y reparación de la alianza desarrollado durante el curso del tratamiento, está asociado con resultados positivos.

4- Por último, tenemos algunas evidencias que sostienen que en los casos de pobres resultado existe un patrón de complementariedad o de circulo vicioso, en el que el terapeuta responde a las comunicaciones hostiles de los pacientes con comunicaciones hostiles de su parte.

Como antecedentes importantes, además de los trabajos mencionados, se podría citar a las revisiones de estudios de investigación en psicoterapia, llevados a cabo por Lambert, Shapiro y Bergin (1986), los cuales tienen la particularidad de abarcar varias décadas de indagación, la de utilizar una gran variedad de diseños metodológicos y además el haber sido realizados sobre la base de un amplio rango de desórdenes mentales en población adulta.

2. ELEMENTOS GENERALES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

John Norcross (2002), en un trabajo notable en el cual reúne diversos estudios de meta-análisis realizados durante los últimos cuarenta años de investigación sobre la relación terapéutica, ha podido constatar que los elementos generales de la relación con efectividad demostrada son los siguientes:

- Alianza terapéutica
- Cohesión en terapia de grupo
- Empatía
- Creación de metas en común y desarrollo de expectativas de colaboración entre paciente y terapeuta.

En cuanto a los aspectos más específicos e individuales de la relación terapéutica con efectividad demostrada para mejorar los resultados en terapia, se mencio-

nan el nivel de resistencia del paciente y el deterioro funcional. Por otro lado, Gaston (1990), define a la alianza de trabajo en los términos siguientes:

a- Una relación afectiva del paciente hacia el terapeuta.

b- La capacidad del paciente para trabajar con un sentido de propósito en la terapia.

c- La comprensión empática y compromiso del terapeuta en el proceso.

d- El acuerdo entre el paciente y terapeuta sobre las metas y tareas de la terapia.

Asimismo, diversas investigaciones muestran que, la alianza terapéutica es un factor que no solamente precede a los cambios sino que, además, es un ingrediente activo de la psicoterapia.

Como síntesis de los factores que contribuyen al cambio terapéutico se ha de tomar en cuenta los estudios realizados por Lambert (1992), y también aquellos llevados a cabo por Jhon Norcross (2002), en los cuales se formula una estimación aproximada de los factores que afectan al resultado de la psicoterapia y su contribución relativa.

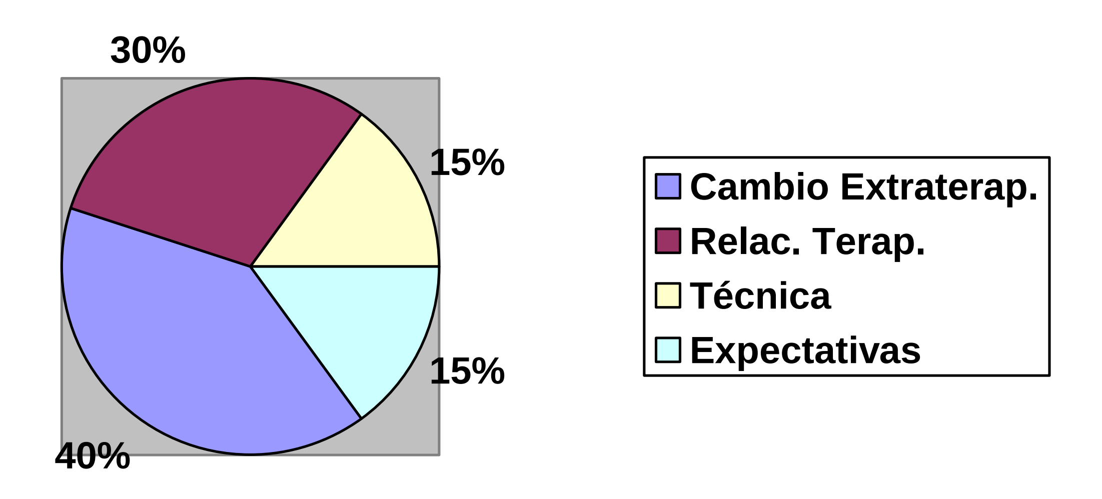


Figura 1- Contribución relativa de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia (Lambert y Norcross)

1- FACTORES COMUNES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: (30%) o inespecíficos de la relación terapéutica comprenden un conjunto de variables que se encuentran en muchos modelos teóricos (p.ej., aceptación positiva, empatía, validación, calidez, apertura del terapeuta).

2- CAMBIO EXTRATERAPÉUTICO:(40%) son factores relacionados por una parte con la personalidad del cliente, tales como, fuerza yoica, recursos de afrontamientos, aspectos resilientes, y por otra, con su entono más inmediato, como eventos fortuitos y el soporte social, variables que contribuyen significativamente a la mejoría del paciente, independientemente de lo que suceda en la terapia.

3- EXPECTATIVAS DE RESULTADOS: (15%) el cambio resulta del hecho que el paciente sabe que se le va ayudar, el cual deriva a su vez, de la credibilidad puesta en el agente dador de ayuda. El prestigio conseguido, como así también, la comunicación verbal de una persona a otra que recomienda a determinado profesional, crea y fortalece esas expectativas, las cuales operan como fuerzas curativas antes de haber comenzado la terapia.

4- TÉCNICAS: (15%) comprende a los procedimientos específicos de una psicoterapia (p.ej., interpretación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, etc.)

Además, diversos autores —Beutler y Clarkin (1990)—, consideran que el resultado terapéutico está más ligado a lo que el terapeuta transmite y es a su vez, un producto de:

1- Una *Actitud terapéutica*: que debe percibirse como calidez, optimismo, interés, y aceptación.

2- *Idoneidad*: para delinear un contrato que especifique el curso, la duración, y el proceso de la terapia, incluyendo los roles de ambos.

3- *Habilidades terapéuticas*: para considerar el enojo del paciente sin ponerse a la defensiva.

4- *Imaginación creativa*: curiosidad y entusiasmo durante los procesos de descubrimientos.

3. COMPONENTES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EFECTIVA

De acuerdo a lo expresado, se concluye que, el establecimiento de una relación terapéutica en la cual se acuerde inicialmente, trabajar juntos entre terapeuta y paciente, es considerada la estrategia primordial dentro del proceso terapéutico. Y, además, resulta útil para cualquier tipo de psicoterapia.

En cuanto a la descripción de los aspectos más operativos relacionados con la implementación de la alianza terapéutica, es preciso formular algunas recomendaciones, a saber:

Primero, el terapeuta debe tener en cuenta que el construir una relación terapéutica, constituye una tarea básica e imprescindible, la cual debería ocupar una buena parte del tiempo destinado a la primera entrevista.

Segundo, el terapeuta debe considerarla al comienzo de cada sesión, en las entrevistas sucesivas y fundamentalmente, toda vez que la relación parece declinar o aparecen evidencias de quiebres o rupturas de la misma, tema que se abordará más adelante.

Tercero y a los efectos de clarificar aún más los conceptos que se han ido presentando, conviene formular la siguiente pregunta, ¿cuándo se considera que una relación terapéutica es efectiva? Se postula que una relación terapéutica efectiva es aquella en la cual el paciente se siente:

- Comprendido, validado y apoyado.
- Considera al terapeuta creíble, idóneo, respetuoso y cálido.
- Estima al terapeuta sensible y humano, dispuesto a la apertura personal.
- Y percibe al terapeuta como empático

Otros autores (Bordin, Safran, Segal) sostienen que la relación terapéutica efectiva, tiene tres componentes esenciales. Ellos son:

- Transferencia
- Alianza de trabajo
- Apertura o intercambio personal del consultante y terapeuta

Se entiende por *transferencia,* a una relación real, que toma en cuenta la mutua respuesta del paciente y del terapeuta, incluyendo también las percepciones no distorsionadas en el aquí y ahora y enlaces auténticos, confianza, respeto y afecto del uno por el otro.

La transferencia se diferencia de la alianza terapéutica en los siguientes aspectos:

- El foco de exploración es puesto sobre mundo intrapsíquico.
- El paciente es el objeto de estudio.

En cambio, la *alianza* se caracteriza porque:

- el objeto de estudio es la relación.
- el paciente y terapeuta están involucrados.
- existe una influencia mutua.

Respecto a la alianza de trabajo, fue Bordin (1979), quien reformuló este concepto, desde una perspectiva más integradora y transteórica, señalando que una buena alianza terapéutica era el prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia. En efecto, concibe a la relación entre terapeuta y cliente como una alianza que está integrada por dos dimensiones, una relacional (o general) constituida por el vínculo que se establece entre cliente y terapeuta, y otra técnica (o específica), configurada por las tareas y las metas de la terapia. A continuación se describen cada uno de estos componentes:

1. *Vínculo*: se refiere a la cualidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente. Plantea el flujo afectivo de manera bidireccional y se enfatiza la comprensión empática.

2. *Tareas de la terapia*: son las actividades específicas con las que se debe comprometer el paciente para beneficiarse del tratamiento.

3. *Objetivos o Metas*: se hace sobre la base de un acuerdo entre terapeuta y paciente.

Según Bordin, la fortaleza de la alianza terapéutica, es una función del grado de acuerdo alcanzado entre terapeuta y paciente, acerca de las tareas y metas de la terapia, como así también, de la calidad del vínculo afectivo entre ellos.

Por último, cabe señalar que, si bien, el proceso de construcción de la relación está basado en una participación activa entre el paciente y terapeuta, en última instancia, lo que verdaderamente hace que una relación terapéutica sea efectiva, es la percepción positiva que el consultante tiene del terapeuta (apreciación que incluye los aspectos personales y el rol profesional) esto es, el cliente es quien en definitiva determina y evalúa, el grado de relevancia alcanzado en la relación con su terapeuta. Queda claro entonces que, el apoyo empático transmitido por el terapeuta se sus-

tenta en las percepciones del paciente, el cual surge cuando éste estima al profesional como a alguien dotado de credibilidad, con capacidad para persuadir, hábil para la comprensión cognitiva y emocional, cálido, dispuesto a la apertura personal, contenedor y dador de apoyo. Pero, para transmitir esas percepciones, el terapeuta debe ser considerado sensible a los significados y sentimientos que subyacen a la comunicación del paciente, no solo a lo que comunica abiertamente, solo así, el paciente habrá de sentirse comprendido y valorado. Así pues que, una buena parte de las actividades del terapeuta en las etapas tempranas de la relación terapéutica debería consistir en crear y fortalecer esas percepciones.

Mediciones de la relación terapéutica con resultados positivos, revelan que el apoyo empático, es incentivado tanto por lo que el terapeuta hace (conductas prescriptas) como por lo que no hace,(conductas proscriptas), es decir, que las conductas prescriptas junto a las proscriptas, alientan las percepciones positivas del paciente, las primeras cuando están presentes, y las segundas por su ausencia.

4. CONDUCTAS PRESCRIPTAS Y PROSCRIPTAS

A continuación se describen las conductas mencionadas con algunos ejemplos:

conductas prescriptas (alientan las percepciones positiva cuando están presentes), esto es, cuando el terapeuta:

1- Reconoce la presencia de los sentimientos del paciente.

2- Logra y expresar una comprensión auténtica sobre estos sentimientos.

3- Logra una comprensión fenomenológica de los significados y percepciones del paciente.

4- Es conocedor experto, idóneo, no autoritario.

5- Logra comunicar un interés genuino sobre el sufrimiento del paciente.

6- Lograr expresar aceptación por características inusuales, temidas o inaceptables para el paciente.

7- Es confiable, es decir, mantiene los compromisos contraídos con el paciente.

Conductas Proscriptas, son aquellas que incentivan una alianza positiva cuando están ausentes.

Un terapeuta eficaz no:

1- Critica o corrige a un paciente. Por ejemplo, una madre que intentó suicidarse, el terapeuta le dice:"como va a hacer eso, no ha pensado en sus hijos".

2- Juzga el bien y el mal, evalúa el valor de lo que el paciente describe. "Lo que usted dice no tiene sentido y su esposa no merece ser tratada de esa manera". "Está muy mal actuar así". "Debería cambiar su actitud". "Tu eres muy desagradecido con tus padres".

3- Asume que sabe lo que el paciente piensa o cree. Sin antes de contar con toda la información necesaria el terapeuta se adelante al relato del paciente y le dice:"En realidad lo que a usted le sucede es que tiene miedo de tomar decisiones". Ante lo cual, el paciente responde:"No es así, lo que a mi me parece es que estoy confundido y realmente no sé que camino tomar para salir de mi problema".

4- Trata de convencer al paciente para que cambie de opinión. Terapeuta: "abandonar los estudios ahora es lo peor que podrías hacer, deberías pensarlo y tomar una decisión más delante".

5- Desacredita o minimiza el punto de vista del paciente sobre lo que es real o valioso. Terapeuta:"Tu estás equivocado, eres demasiado joven para entender los problemas de los adultos".

6- Interrumpe el fluir de ideas y sentimientos del paciente priorizando sus necesidades personales a las del paciente. Terapeuta: "Si espere que yo primero quisiera decirle algo..." O, cuando un paciente que necesita descargar su carga de desdicha es interrumpido por el terapeuta cambiando de tema o haciéndole preguntas".

7- Viola las expectativas de confianza del paciente. No lo atiende por teléfono cuando previamente acordó hacerlo, no asistió a la entrevista y no avisó. Ventiló información confidencial.

8- Se pone a la defensiva y se enoja por la expresión de ideas o sentimientos del paciente. Es común que, el terapeuta trasmita su hostilidad en forma analógica a través de los gestos, de su mirada, su postura corporal y también de una manera más sutil pero poderosa, por medio de la entonación de la voz (elevar el tono de la vos) Strup y Binder (1997) encontraron que, aún en una muestra de terapeutas expertos y exitosos, ninguno era capaz de manejar el enojo del paciente con eficacia y sin ponerse a la defensiva.

Cuando el terapeuta viola las proscripciones, se produce un quiebre en la relación, mientras que, el adherirse a las conductas prescriptas permite su reparación. La terapia procede entonces, sobre la base de un proceso de quiebres y reparaciones de la relación terapéutica, debiendo el terapeuta favorecer durante las entrevistas, un balance positivo hacia la presencia de las conductas prescriptas. Se busca alcanzar un balance que permita que nunca de lo percibido por el paciente como positivo de la relación, decaiga hasta un punto tal, que se perciba como más dominante en la interacción, que la percepción de estar recibiendo apoyo y empatía. Si el balance cae del lado de estimular la empatía, incentiva el optimismo, la fe y la motivación del paciente, y contribuye también a curar las heridas producidas en la relación. Por el contrario, si el balance es negativo, genera un quiebre en la relación terapéutica, seguido de una disminución del interés al cambio, de un incremento de la resistencia y del abandono prematuro del paciente al tratamiento.

5. INTERVENCIONES POSITIVAS

Diversos procedimientos han sido diseñados (Beutler et al.) para promover las conductas prescriptas e inhibir al mismo tiempo las conductas proscriptas. Básicamente se describen cuatro, y son los siguientes:

1- El *reflejo* es un procedimiento terapéutico inicialmente propuesto por Rogers, para inducir conciencia de los estados emocionales y para transmitir empatía. Consiste en identificar y clasificar, sin juzgar, los sentimientos que subyacen a los comentarios explícitos del paciente. Un reflejo productivo es el que identifica un estado emocional casi desconocido o con resistencias a ser expresado en voz alta por el paciente y son en general de tono negativo, ya que, son los más proclives a ser reprimidos. Dentro de esos estados emocionales negativos, se incluyen los siguientes tristeza, enojo, miedo y disgusto. Variaciones y mezclas de estas emociones primarias incluyen dolor (enojo), celos (miedo y enojo), ira (enojo), depresión (enojo), irritación (disgusto), recelo (miedo), etc. Sin embargo, la acción de clasificar sentimientos es complicada porque frecuentemente la gente considera a sus ideas, estados afectivos y de ánimo como "sentimientos". Los reflejos se dirigen hacia los sentimientos y no hacia los pensamientos. Si un terapeuta clasifica un pensamiento, esto es, una interpretación--un procedimiento de quiebre de la relación. La distinción es más que semántica. Una busca aumentar el estado de conciencia, la otra producir *insight.* Los pensamientos son interpretaciones sobre eventos, incluyendo a los sentimientos. Reflejar apropiadamente requiere que el terapeuta esté "empáticamente sintonizado".

Para distinguir entre reflejar y hacer una interpretación, puede ser útil pensar sobre la construcción de las oraciones que se usan en la comunicación tanto del paciente como del terapeuta. Cuando uno dice, “Me siento deprimido” está expresando un sentimiento. Cuando uno dice, “siento que estoy deprimido” está interpretando el significado de la experiencia. A pesar de que pacientes como los del ejemplo pueden usar la palabra “sentimiento” para describir la experiencia, la frase muestra un pensamiento, no un sentimiento.

Una manera de reflejar, en el primer caso, puede ser: “Se siente desesperanzado”. Esta respuesta toma la expresión de sentimiento del paciente y agrega una dimensión de severidad, focalizando en los sentimientos que acompañan, desesperanza y desamparo.

En el segundo ejemplo mencionado, el reflejo puede tener un toque diferente, como “Parece estar realmente confundido y tal vez un poco asustado por no saber cuál es el significado de todos sus síntomas”. Aquí el terapeuta pone el foco en el temor que puede asumirse que está presente cuando uno no está seguro sobre sus sentimientos. Para hacer esto bien, el terapeuta debe estar en sintonía con el tono emocional y con las señales de la voz, el lenguaje y el cuerpo del paciente. En este ejemplo y en el anterior, el terapeuta empáticamente sintonizado trata de identificar el sentimiento que está por detrás de la frase y permitir que se exprese, aumentando el estado de conciencia del paciente y sembrando la sensación de comprensión en el plano emocional.

Tanto en el lenguaje del paciente como en la respuesta del terapeuta, es importante diferenciar pensamientos de sentimientos. Un pensamiento o interpretación puede distinguirse de un sentimiento por medio de dos pruebas:

1) se puede insertar con lógica la palabra “que” delante del sentimiento; y

2) se puede cambiar la palabra “pienso” por “siento” sin cambiar el significado. Asimismo un terapeuta que responde, “te sentís abusado” está reflejando. Uno que dice “han a abusado de vos” o, “sentís (crees) que han abusado de vos”, está interpretando.

La respuesta del paciente generalmente indica cuándo se ha reflejado eficazmente. Esto se manifiesta a partir de un reconocimiento de la validez de lo que se ha reflejado, frecuentemente acompañado por la expresión de sorpresa o gusto por reconocer un nuevo elemento en su estado emocional. Esto deja al paciente con la sensación de haber sido entendido por el terapeuta en un nivel básico, el nivel emocional.

2- ***Sintetizar*** es un procedimiento que simplemente clarifica y resume la respuesta verbal del paciente. No provee nada nuevo a los comentarios del paciente, y se utiliza específicamente para incentivar la sensación de haber sido comprendido, a nivel intelectual. Transmite una actitud de atención y confirma que el terapeuta está escuchando. En su forma más simple la síntesis utiliza casi las mismas palabras del paciente, pero agrega el énfasis del terapeuta (p.ej: "Te has sentido verdaderamente rechazado"). A pesar de que el significado no se modifica, el terapeuta sí puede cambiar el valor reflejado en ciertos elementos. En sus formas más complejas, la síntesis utiliza palabras diferentes para agregar o enfatizar los elementos significativos (p.ej. "Parecería que las cosas se estaban poniendo incontrolables"). La diferencia entre síntesis e interpretación es que la síntesis sigue inmediatamente a un comentario similar del paciente (Ej. "Ya no era capaz de manejarlo"). Sin este grado de correspondencia de significado explícito entre paciente y terapeuta, la respuesta del terapeuta se transforma en una interpretación, más que en una síntesis.

3- El reconocimiento es un comentario específicamente diseñado por el terapeuta para la validar lo que el paciente dice y a él mismo como persona. De este modo, transmite más directamente las creencias y valores del terapeuta que el reflejar o sintetizar. Tal reconocimiento puede estar dirigido hacia el contenido de la comunicación del paciente ("Sí, tiene razón, no era muy claro lo que quería decir su madre") o hacia su persona: ("Usted realmente es una buena persona, sabe") y se ofrece cuando un paciente parece dudar sobre dichas cuestiones o está luchando para aumentar su autoestima. Un reconocimiento personal tiende a tener un impacto significativo, pero también tiende a producir beneficios a corto plazo

4- El dar apoyo es un tipo de comentario diseñado para tranquilizar y reducir la ansiedad anticipatoria de manera inmediata. Ofrece estructura, predice consecuencias positivas, y lleva a remitir logros pasados. También expresa el deseo y optimismo del terapeuta de ayudar al paciente a lograr los objetivos del tratamiento y optimismo de que el paciente podrá hacerlo. A partir de este proceso, se reduce la ansiedad asociada a la incertidumbre y se instaura la percepción de que el terapeuta es confiable, seguro y está a disposición.

La mayoría de estos comentarios se dirigen a apoyar conductas pasadas del paciente, sobre las cuales se siente inseguro, o a predecir consecuencias positivas de conductas presentes y futuras. Al igual que los reconocimientos, el dar apoyo revela las creencias y valores del terapeuta de manera bastante directa. Y también, al igual que los reconocimientos, son más útiles para facilitar el vínculo terapéutico que para producir cambios substanciales.

El terapeuta puede dar apoyo al paciente con comentarios como, “Estoy seguro de que todo va a salir bien”, o de manera menos directa con comentarios generales como: ”recuerde que la mayoría de las veces sus decisiones han sido buenas” o “cada vez que usted tomó una decisión importante en su vida sintió temor”. Tales comentarios son útiles para ayudar a una persona que pasa por una crisis, pero deben ser acompañados por intervenciones más provocativas para sostener un cambio a largo plazo. Ayudan a que los pacientes recuerden alguna de sus fortalezas y a aumentar la autoestima cuando ha sido dañada, pero su rol primario es que el terapeuta se vea como una persona constante, con conocimiento y disponible. Los terapeutas deben usar dichos comentarios con cautela cuando los pacientes están muy angustiados e inseguros, recurriendo a estrategias más duraderas y de evocación (p.ej. reflejar a través de la sintonía empática) para construir la relación una vez que ha pasado el estrés.

Capítulo II

DESARROLLO EMPÁTICO

"La empatía es el elemento clave de la terapia.
Su comunicación explícita, especialmente durante las primeras fases,
es de una importancia vital. Sin una comprensión empática del mundo del cliente y
de sus dificultades tal y como él las ve no hay base para la ayuda."

R.R.Carkuff (1969)

"¡Parece que no hay nada esotérico o sobrehumano en las cualidades
que necesita un buen terapeuta! Son los atributos de un buen padre
y de un ser humano honrado que se comprende bastante bien a sÍ mismo
y entiende sus relaciones interpersonales para hacer que sus propios problemas no
interfieran, que es razonablemente cálido y empático,
no excesivamente hostil o destructivo, que tiene aptitudes y dedicación para trabajar
cooperativamente con otros."

H.H.Strupp (1980).

1. DEFINICIONES

"La empatía es tu dolor en mi corazón"

El desarrollo empático está fuertemente respaldado por la investigación y es considerado el elemento más importante dentro de los factores comunes o inespecíficos de la relación terapéutica y responsable esencial del éxito terapéutico. Carl Rogers, creador del modelo centrado en el cliente, formuló una serie de condiciones necesarias y suficientes para el desarrollo de la psicoterapia, basadas en tres componentes fundamentales: una actitud de aceptación positiva incondicional, autenticidad y empatía.

La empatía puede definirse como una conexión íntersubjetiva entre terapeuta y paciente, intersubjetividad que solo se constituye cuando dos individuos habitan el mismo mundo. La empatía se edifica en tanto que, cada uno pueda ponerse en el lugar del otro, y percibir el mundo como el otro lo percibe. Esto supone representarse el mundo que se representa el otro, lo que permite comprenderlo pero no necesaria-

mente experimentarlo. Entonces, la empatía exige una representación compartida entre dos sujetos, a diferencia de la simpatía que consiste en un contagio emocional que se intercambia entre dos individuos. Se deduce entonces que, la empatía es una construcción en dos etapas: una primera, que podría ser llamada empatía emocional (comprendo lo que sientes o experimentas) y, una segunda, denominada empatía de abstracción (comprendo lo que comprendes). Formulada en esos términos, la empatía se sustenta en el desarrollo de una meta perspectiva o meta representación y, así es como, debería el terapeuta poder concebirla como lograr que el paciente comprenda que uno comprende lo que ellos comprenden. Este enunciado significa que la empatía implica, en otros términos, la comunicación de la comprensión que el terapeuta ha tenido sobre los puntos de vista del paciente en cuanto a su experiencia, sentimientos y pensamientos, es decir, desde el punto de vista de la persona.

Egan (1998), considera a la empatía desde una perspectiva ideal, como un modo de ser del terapeuta en relación a sus pacientes, y no sólo como un rol profesional o una habilidad comunicacional. Desde un punto de vista comunicacional, la empatía es una habilidad comunicacional basada en dos partes:

1. Un foco en escuchar y comprender
2. Un foco en la habilidad para comunicar esa comprensión.

De éste modo, se considera a la empatía como un proceso bidireccional, en el sentido que el terapeuta, no solo debe ser capaz de comprender, sino y fundamentalmente, adquirir la habilidad para comunicar lo que ha comprendido. Asimismo, plantea el flujo afectivo de manera bidireccional y hace hincapié en el hecho de hasta que punto el paciente se siente entendido, respetado y valorado. (comprensión empática)

2. EMPATÍA EXACTA E INEXACTA

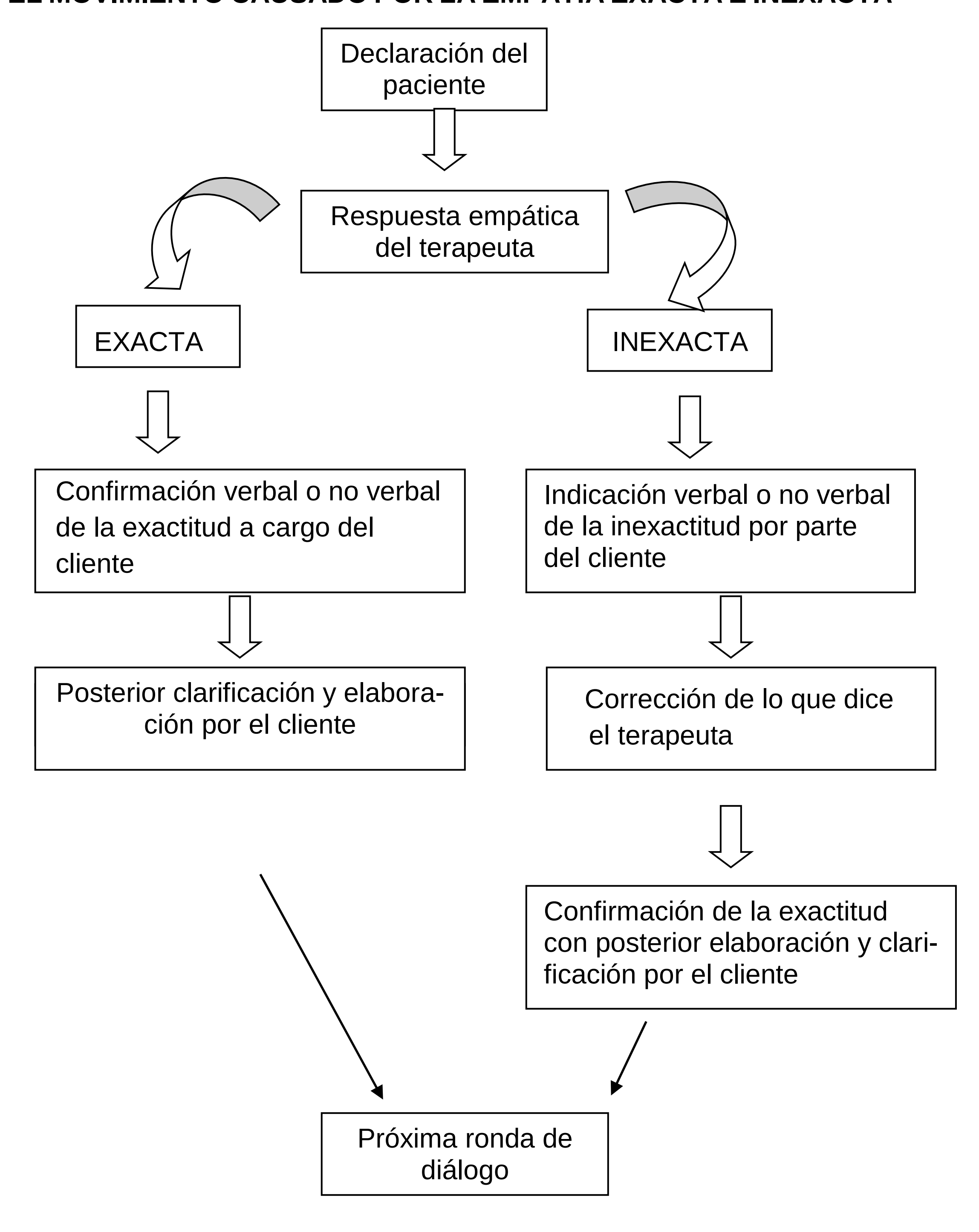
Por otro lado, el mismo autor, entiende a la empatía como una herramienta de chequeo-perceptivo. Si la respuesta del terapeuta es exacta, el cliente a menudo tiende a confirmar su exactitud de dos maneras:

1) produciendo un movimiento de afirmación o aceptación de la cabeza, es decir, a través de una señal no verbal;

2) usando palabras o expresiones como:”eso es correcto” o “estoy de acuerdo”, “es así”, ”exactamente”. Como se puede advertir, en última instancia es el paciente quien establece, si la comprensión ha sido exacta o inexacta, a través de los mensajes verbales y no verbales (Ver gráfico).

Conviene recordar en este punto, que la falla en la respuesta empática suele ser una de las causas de quiebre o ruptura de la relación terapéutica, temática que será explicada más adelante.

EL MOVIMIENTO CAUSADO POR LA EMPATÍA EXACTA E INEXACTA



Si la comprensión ha sido correcta, pero sobre todo si el terapeuta ha comunicado adecuadamente esa comprensión, éste proceso despierta en el paciente percepciones tales como:

- Credibilidad en el terapeuta
- Comprensión emocional
- Apoyo

3. COMPONENTES ANALÓGICOS PARA LA ATENCIÓN EMPÁTICA

En relación a los componentes analógicos que deberían tomarse en cuenta para conseguir una buena atención que facilite la escucha empática, se han considerado los siguientes:

1- Encuadrarse, adoptar una postura corporal que indique mayor compromiso e implicación.

2- Adoptar una postura abierta, y preguntarse: ¿en qué grado mi postura está comunicando apertura y disponibilidad al cliente?

3- A veces conviene inclinarse hacia delante, en dirección hacia el otro.

4- Mantener buen contacto ocular.

5- Tratar de estar relativamente relajado o de ser natural en estas conductas.

4. PRINCIPIOS PARA GUIAR UNA BUENA COMPRESIÓN EMPÁTICA

Asimismo, se han planteado una serie de *principios* para *guiar* el buen uso de la empatía, y obtener de este modo su mayor contribución al proceso terapéutico. Ellos son:

1- Use la empatía en cada etapa y paso del proceso terapéutico

2- Responda selectivamente al corazón de los mensajes.

3- Responda al contexto, no solo a las palabras.

4- Recupérese de la comprensión inexacta.

5- No pretenda comprender.

5. EMPATÍA BÁSICA Y EMPATÍA AVANZADA. NIVELES DE EMPATÍA

"Es raro que el ser humano no responda al calor con calor,
y a la hostilidad con hostilidad".

Truax y Carkhuff.

Carkuff y Perce, han elaborado una escala para medir la comprensión empática en procesos interpersonales, la cual consta de niveles de empatía que el terapeuta puede proporcionar al cliente y la cual comprende desde un nivel muy bajo (Nivel I) a uno muy alto (Nivel V).

A continuación se presenta un caso clínico que permitirá ilustrar los diferentes niveles de empatía:

Paciente de edad avanzada quién es acompañada a la consulta por sus tres hijos, quienes refieren que hace unos días, la mamá, intentó suicidarse, ingiriendo veneno, luego de haber tenido una discusión seria con su esposo, como consecuencia de sus reiterados episodios de infidelidad. Al iniciar la entrevista, la paciente dice: "necesito un compañero, él (marido) no me tiene porqué pedir perdón y yo no tengo porqué perdonarlo, necesito un compañero, me siento estafada en el alma".

Nivel I

Corresponde al nivel de *ausencia de empatía*. No hay comprensión ni dirección.

Las expresiones verbales y conductuales del terapeuta no apoyan las expresiones verbales y conductuales del paciente. El terapeuta comunica menos de lo que el cliente ha expresado por sí mismo. El nivel I está constituido por preguntas, aseveraciones, negaciones o consejos.

Terapeuta: "Haga su vida el no va a cambiar". "No le de importancia." ¿Cuánto tiempo hace que él la está engañando?

Nivel II

Ninguna compresión, sin dirección. La respuesta del terapeuta sólo subraya el *contenido* del mensaje del cliente, *se ignoran los sentimientos.*

Terapeuta: "Usted solo reclama que él no la siga engañando y además de que sea un buen compañero".

Nivel III

Comprensión presente y sin dirección. El terapeuta responde tanto al *contenido* como a los *sentimientos.* Funciona como una repetición técnica. Las expresiones del

terapeuta como respuesta a las expresiones del cliente son intercambiables en esencia con las del cliente, en el sentido de que expresan el mismo afecto y significado.

Terapeuta: "Usted necesita un esposo compañero, que no le siga haciendo daño con el engaño, sin que nadie tenga que perdonar nada".

Nivel IV

Comprensión y dirección presentes. La respuesta del terapeuta incluye todos los elementos del nivel III, más una pauta de acción.

Las respuestas del terapeuta se adhieren sensiblemente a las expresiones del cliente de tal forma que, *expresan sentimientos* a un nivel más profundo del que el cliente es capaz de expresar por sí mismo.

Terapeuta: "Usted se siente dolida, humillada, denigrada y no está dispuesta a seguir soportando más ésta situación"

Nivel V

Presentes comprensión, dirección y una pauta de acción. Las respuestas del terapeuta se suman significativamente al sentimiento y significado de las expresiones del cliente, de tal modo que, van más allá de lo que el propio cliente fue capaz de expresar y que además, permite al cliente explorar otras áreas abriendo, de este modo, un nuevo curso de acción.

Terapeuta: "Usted se siente muy dolida, frustrada e insatisfecha en sus necesidades, estafada en el alma como dijo y no tolera más la situación que está viviendo, por lo cual está considerando seriamente la necesidad de cambiarla"

6. EMPATÍA EN LAS FASES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Se ha encontrado que la empatía es una herramienta muy valiosa e imprescindible para ser implementada en las distintas etapas del proceso terapéutico. Resulta útil por lo tanto para:

- Construir una buena alianza terapéutica.
- Reparar los quiebres de la relación terapéutica.
- Clarificar situaciones problemáticas, explorar aspectos negados, avergonzantes, amenazantes, temidos y todo contenido ligado a lo vulnerable.
- Incrementar la motivación y facilitar la adherencia del paciente al tratamiento.

• Consolidar la relación terapéutica de modo que, el terapeuta sea un referente confiable e idóneo para el paciente, toda vez que se presenten nuevas dificultades y/o recaídas.

• Intervenir durante el proceso cuando aparecen en el paciente problemas de resistencia o desmotivación, ya que, está clínicamente indicado comprender empáticamente lo que está sucediendo. Por ejemplo cuando:

A) Le resulta excesivo el nivel de dificultad de la tarea:

Terapeuta: "Entiendo que la tarea que le he pedido le está costando mucho esfuerzo poder sostenerla, y es comprensible que por momentos se sienta agotada, cansada y algo desanimada".

B) Se ha incrementado su nivel de malestar subjetivo:

Terapeuta: "Percibo que durante esta última semana se ha sentido más angustiada y deprimida, eso la debe tener más preocupada".

C) Se han reducido sus expectativas de cambio:

Terapeuta: "Es probable que se sienta un poco frustrada y desanimada al darse cuenta que no puede alcanzar lo que se había propuesto".

E) Se han presentado problemas adicionales en sus vidas:

Terapeuta: "Imagino que se estará preguntado: ¿por qué a mí? No termina de superar un problema que ya le cae encima otra desgracia. Es lógico que se sienta abrumada y enojada, y por momentos con ganas de bajar la guardia"

F) *Las desventajas del cambio superan a las ventajas.*

Terapeuta:"Creo que usted se está dando cuenta que si bien es doloroso la situación que está viviendo, intentar cambiar ahora puede incrementar aún más ese dolor".

7. ASPECTOS TÁCTICOS

Otra dimensión importante de la empatía, se refiere a los aspectos tácticos. En proceso, la empatía se caracteriza por requerir de momentos para empatizar alternados de otros para el repliegue, de modo tal que, el terapeuta pueda tomarse el tiempo necesario para pensar, ya que, no es posible empatizar con todo el material que el paciente trae. Por consiguiente, se debe extraer el corazón del mensaje. Para ello y siguiendo con el modelo de Egan, se utilizan ciertas llaves o claves, extraídas del

material proporcionado por el paciente, las cuales operan como guías para el desarrollo empático.

Continuando con el ejemplo de la mujer engañada por su marido, a continuación se describen las siguientes claves:

- *Llave experiencial*: intolerancia a seguir siendo engañada por el esposo.
- *Llave conductual*: intentar suicidarse como un modo de poner límites a las conductas de su esposo.
- *Llave emocional*: enojada, saturada, engañada, agredida, ofendida, humillada, "estafada en el alma"

La respuesta empática ofrecida por el terapeuta: "Usted se siente muy enojada, frustrada e insatisfecha en sus necesidades, humillada y estafada en el alma como nos ha dicho, todo lo cual está indicando que ya ha tocado fondo, y que no tolera más la situación que está viviendo, por lo cual usted está decidida a tener que hacer algo para cambiarla, de manera tal que pueda defender así, sus sentimientos de dignidad e integridad, tanto como esposa, como mujer y como persona".

8. EMPATÍA Y VALORES DEL TERAPEUTA

Resulta imprescindible que todo terapeuta defina de manera consciente y reflexiva su marco axiológico ,a los efectos de determinar cuál es el alcance de su compromiso como agente de ayuda, habida cuenta que, se ha podido estimar que el grado de discrepancia de valores entre terapeuta y paciente tiene un valor pronostico en el desarrollo empático. Así pues, si el terapeuta tiene que trabajar con hombres abusadores y siente una gran aversión e intolerancia por ese perfil de pacientes, es aconsejable que se decida por una derivación o directamente negarse a ofrecer su asistencia. Por otro lado, existen algunos estudios que señalan que la incorporación por parte del paciente de los valores del terapeuta durante el proceso de tratamiento se acompaña de resultados exitosos.

Capítulo III

PROCESO DE RUPTURA Y REPARACIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

---

1. DEFINICIÓN

Uno de los hallazgos más consistentes aportados por la investigación sobre la alianza terapéutica, sostiene que una fuerte alianza contribuye a lograr resultados terapéuticos positivos. Por otro lado, existe evidencia para sostener que, la debilidad de la alianza, se correlaciona con la terminación unilateral del tratamiento. Estos descubrimientos sugieren que los procesos de reconocimientos y el posterior abordaje de las debilidades o rupturas en la alianza, pueden jugar un importante rol en el éxito terapéutico. Con frecuencia, en la práctica, esta tarea resulta difícil, aún, para terapeutas experimentados, ya que, los pacientes, no siempre están dispuestos a revelar su incomodidad o su desacuerdo con el terapeuta. Se han podido encontrar, mediante el uso de una metodología de investigación cualitativa, una serie de factores que están asociados con esas actitudes defensivas de los pacientes, en cuanto a no comunicar sus contrariedades y molestias que sienten en relación al terapeuta. Ellos son:

- temor a ser criticados;
- necesidad de cumplir con las expectativas de su terapeuta;
- temor de amenazar su autoestima;
- una necesidad de tener que agradar al terapeuta.

Siguiendo a Bordin, se pueden clasificar a las rupturas de la alianza terapéutica de la siguiente manera:

1- Desacuerdo acerca de las tareas del tratamiento.

2- Desacuerdo acerca de las metas del tratamiento.

3- Tensión en el vínculo.

Un ejemplo de desacuerdo acerca de las metas sería una situación en la cual, el paciente, comienza el tratamiento buscando alivio inmediato para sus síntomas de

pánico, pero el terapeuta cree que la meta debería apuntar a obtener *insight*, más bien que, alivio inmediato de los síntomas.

En tanto que, un ejemplo de desacuerdo acerca de las tareas, sería una situación en la cual, el paciente cree que es importante tomarse cierto tiempo revisando y tratando de encontrar algún sentido a su historia, pero el terapeuta tiene un foco en el presente, con orientación pragmática.

Como ejemplo de una tensión en la dimensión del vínculo sería una situación en la cual el paciente, se siente subestimado e incomprendido por el terapeuta. Estos tres tipos de rupturas, no son por supuesto mutuamente excluyentes. Por ejemplo, el paciente quien el terapeuta no esta dispuesto a negociar las tareas o las metas del tratamiento, puede sentir incomprensión y falta de consideración o respeto. Contrariamente, un paciente quien siente incomprensión de su terapeuta estará probablemente en desacuerdo con el terapeuta, acerca de las tareas y metas de la terapia.

Como señalamos con anterioridad, la alianza terapéutica se define, como la capacidad del paciente y del terapeuta de trabajar juntos, con un propósito en las sesiones de psicoterapias. Por lo tanto, una ruptura de la alianza puede ser definida como un período de tensión o quiebre en la colaboración o comunicación, en la relación entre paciente y terapeuta. Son inevitables y ocurren en general como se ha mencionado, en relación a los desacuerdos y, también, cuando el terapeuta actualiza durante las sesiones, las conductas proscriptas. Por ejemplo cuando:

- no acuerda con el paciente.
- falla en la comprensión empática.
- clasifica determinados comportamientos como inapropiados, ilógicos o improductivos.
- hace una interpretación que desestima o descalifica los procesos reales que están ocurriendo en el aquí y ahora de la relación concreta.
- se enoja con el paciente.

Diversos estudios muestran que la habilidad del terapeuta para manejar su propio enojo, constituye una de las destrezas más difíciles de conseguir, aún para aquellos terapeutas experimentados que, sabiendo lo que tienen que hacer, a la hora de hacerlo, no pueden realizarlo. Con frecuencia, el enojo del terapeuta, desencadena el enojo en el paciente, lo cual a su vez, despierta intensos sentimientos de hostilidad en el terapeuta. Aprender a identificar el enojo del paciente, para luego imple-

mentar las intervenciones adecuadas, tendientes a reparar el quiebre de la relación, constituye para el terapeuta, una de las tareas más importantes a desarrollar.

Otras fuentes de enojo del paciente, pueden provenir de la percepción que él tiene, acerca de la falta de progreso en la terapia, o estar en relación, con alguna característica personal del terapeuta. También, es posible que el enojo, esté vinculado con la actuación del terapeuta, lo cual, resulta para éste, mucho más desafiante.

A veces, el enojo del paciente, no suele ser tan manifiesto, sino que se lo expresa de una manera más encubierta, por lo que resulta más fácil de ser advertido, a través de los siguientes indicadores:

1. Expresiones faciales de enfado (ceño fruncido).
2. Cambios repentinos del humor.
3. Repentina pérdida de energía e inversión en la terapia.
4. Expresiones de desacuerdo del paciente.
5. Preocupación por la falta de progreso.

Estos indicadores, permiten advertir al terapeuta, de la existencia de un quiebre de la relación, por lo cual resulta de gran valor para iniciar el proceso de reparación, que el terapeuta pueda tomar en cuenta la siguiente recomendación: “reconocer, reflexionar, escuchar y fundamentalmente tratar de no ponerse a la defensiva; asimismo, el profesional actuante debe siempre estar dispuesto a darle la razón al paciente”. Por consiguiente, para reparar la relación, el terapeuta tendrá que aumentar la cantidad de esfuerzo dedicado a transmitir actitudes terapéuticas positivas, como por ejemplo, desarrollar la empatía o también, actualizando las conductas prescriptas. De otro modo, la persistencia de las rupturas de la relación durante el proceso, es probable que se acompañen de pobres resultados, debido a la disminución de la motivación y al aumento de la resistencia, lo cual, es seguido a su vez, de una disminución, en la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Por otro lado, es conocido que el abandono prematuro de los pacientes de la terapia, favorece el desarrollo del síndrome del estar quemado y el desgaste por empatía en el terapeuta. Esta temática se abordará en el capítulo X.

2. TIPOS DE RUPTURAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Safran Jeremy y Segal. Z (1990), describen dos tipos de rupturas de la relación terapéutica:

A) Rupturas *de retraimiento*: se relacionan con la presencia en el cliente, de sentimientos encubiertos, en general de contenido negativo, que impiden el establecimiento de un vínculo basado en la confianza y el apoyo. Se las puede identificar, toda vez que el paciente:

- Responde de manera poco interesada.
- Cambia en forma repentina su estado de humor.
- Cambia bruscamente de temas.
- Habla sobre otros
- Disminuye su energía y esfuerzos puestos en el proceso terapéutico.

B) Rupturas de *confrontación*: consisten en quejas del paciente hacia el terapeuta:

- Tanto como persona y terapeuta.
- En relación a su competencia e idoneidad profesional.
- Respecto al progreso en la terapia.
- Y, también, por estar en tratamiento.

Tolerar esos sentimientos subyacentes que generan los comentarios y actitudes del paciente, evitando al mismo tiempo de no responder con hostilidad y enojo, constituye para el terapeuta, uno de los mayores desafíos.

Por otro lado, se asume que, la ruptura de la alianza, involucra tanto al paciente como al terapeuta, es decir, ambos, son responsables de su configuración. Esta postura plantea una diferencia sustancial con el concepto clásico de transferencia, el cual considera que la misma le compete solo al paciente y no al terapeuta.

3. PROCESO DE REPARACIÓN DE LAS RUPTURAS

Una de las cuestiones importantes a considerar en el proceso de reparación de las rupturas de la relación terapéutica (*impass*), es poder ver aquellos aspectos de la configuración de lo relacional que, habitualmente no se pueden apreciar. Paciente y terapeuta están imbricados en una danza relacional, en la que ambos no pueden

comprender bien en su totalidad, como si los puntos ciegos del terapeuta colisionasen con los puntos ciegos del paciente. De modo tal, que se encuentran enganchados uno al otro, sin que ninguno de ellos, pueda salirse de la situación. Así, pues, para el terapeuta, la tarea que adquiere mayor relevancia, consiste en ayudar al paciente a comprender, dilucidar, y desentrañar lo que está sucediendo en esa relación, para luego, poder liberarse de esa trama relacional.

4. PRINCIPIOS GENERALES DE LA METACOMUNICACIÓN

Para realizar esa tarea, el terapeuta debería considerar el desarrollo de dos tipos de habilidades importantes, una *interna y* otra *externa.* La primera (interna) se refiere a todos aquellos procesos inherentes la experiencia interna del terapeuta, relacionados con sus pensamientos y/o emociones, como actividad para salir de la situación de empantanamiento en la que se encuentra. La segunda (externa), se vincula con lo que el terapeuta expresa o realiza con la finalidad de poder destrabar el proceso, técnica conocida como "*Metacomunicación".* Es así que *esta* constituye una de las habilidades más importantes, al servicio de facilitar la salida de la configuración relacional, por medio de la comunicación de la transacción explícita e implícita del proceso que se está gestando en esa interacción. Así, pues, es una herramienta útil y práctica para analizar conjuntamente, lo que está sucediendo en esa relación entre paciente-terapeuta. Asimismo, la metacomunicación presenta ciertos principios generales que debieran considerarse para su implementación, los cuales consisten en:

- Prestar atención a los marcadores de las rupturas y de modo tal que el terapeuta pueda orientar la atención del paciente a lo que está ocurriendo en el presente.
- Que el terapeuta invita al paciente a que exprese sus sentimientos negativos que se estén suscitando en la relación y también a conversar sobre ellos.

5. PRINCIPIOS ESPECÍFICOS DE LA METACOMUNICACIÓN

De igual modo, se han podido establecer algunos principios específicos de la metacomunicación, dentro de los cuales se destacan los siguientes:

1- Usar los propios sentimientos como un compás o brújula emocional. Consiste en observar de que modo el terapeuta está participando en la comu-

nicación con el cliente. Es preciso determinar si el terapeuta necesita protegerse acerca de lo que el paciente le está diciendo, o si por el contrario, reflexionar acerca de estar criticándolo.

2- El primer paso para que el terapeuta pueda situarse por fuera de esa configuración relacional establecida con el consultante, se efectúa por medio de tomar conciencia respecto de cuáles son sus sentimientos en relación a ese paciente en particular.

3- Luego, el terapeuta puede tomar la decisión de comunicar (metacomunicación) o no, ese material, ya sea, en forma parcial o total.

4- Posteriormente el terapeuta debe tratar de ligar su propia experiencia, con un marcador relacional: se refiere a algún aspecto en el estilo del paciente que está relacionado con las emociones que está generando en el terapeuta. Cuando se busca un marcador relacional, el mismo tiene que ser muy específico, como por ejemplo cuando el terapeuta dice: “Me estoy sintiendo un poco tenso y me pregunto si esto que me pasa tiene que ver con algo que le está sucediendo a usted, quizás sea conveniente que podamos explorarlo juntos”.

Capítulo IV

APERTURA PERSONAL DEL TERAPEUTA

1. DEFINICIÓN

La apertura personal o auto revelación del terapeuta, se puede definir como cualquier información que el terapeuta transmite al cliente sobre sí mismo.

2. TIPOS DE APERTURA

Es posible encontrar dos tipos de autoaperturas, una abierta y otra involucrada.

A) La auto-apertura o auto-revelación *abierta* consiste en compartir algún aspecto de la vida personal del terapeuta en relación a su experiencia no inmediata o de sus sentimientos. Por ejemplo, cuando el terapeuta dice, “me agrada estar con mis amigos cuando no tengo que trabajar”.

B) La inmediatez o autorevelación *involucrada* se refiere a la expresión del terapeuta acerca de sus sentimientos inmediatos con respecto a su propio self, al cliente o a la relación terapéutica. El terapeuta puede decir por ejemplo: “en éstos momentos me estoy sintiendo un poco ansioso, ¿es posible que le esté pasando a usted lo mismo con respecto a mi?”

3. IMPLICACIONES CLÍNICAS

Diversos estudios investigativos han señalado la notoria relevancia e implicancias clínicas que tiene la apertura personal del terapeuta en el contexto de la relación terapéutica y en general durante el proceso de la psicoterapia. Se mencionan las siguientes:

- La apertura personal del terapeuta es una condición necesaria para la terapia.
- Permite al paciente experimentar intimidad con el terapeuta.
- Puede utilizarse para potenciar el nivel de apertura de los clientes.

- Favorece la expresión de sentimientos del cliente.
- Algunos clientes no se abren hasta que el terapeuta no muestre apertura, inhibiendo de este modo el establecimiento de buena relación terapéutica y el desarrollo del proceso
- La apertura del self del terapeuta podría ser particularmente efectiva cuando es en respuesta similar a la apertura del cliente porque ayuda a este, a sentirse normal y reasegurado.
- El terapeuta deberá observar cuidadosamente como el cliente responde a sus aperturas y preguntarle acerca de sus reacciones y usar esa información para conceptuar a sus clientes y decidir como intervenir posteriormente. La apertura del terapeuta es una intervención provocadora y potencialmente poderosa de modo que, el terapeuta necesita monitorear cómo los clientes reaccionan a ella (cómo ellos se sienten cuando la escuchan y si influencia su mirada sobre el terapeuta y la relación terapéutica)
- Los terapeutas deberían generalmente usar la apertura personal para validar la realidad, normalizar, modelar, fortalecer la alianza o para ofrecer un camino alternativo para pensar o actuar. Hacer esto estimula la relación terapéutica.

4. EFECTOS INMEDIATOS

Conviene formular aquí la siguiente pregunta: ¿cuáles son los efectos inmediatos de la autoapertura? La auto apertura del terapeuta tiene como efecto inmediato facilitar el proceso de *insight* en el paciente, además, permite mostrar al terapeuta, como una persona más real y humana, todo lo cual, fortalece y estrecha aún más el vínculo terapéutico. No obstante, existen ciertos terapeutas que no suelen revelar información personal por el temor a sentirse vulnerables frente al paciente.

A continuación se mencionan algunas reglas básicas que deberían considerarse para su buen uso e implementación:

- .La cantidad de información revelada en la apertura debe ser mesurada, atinada y estar al servicio del fortalecimiento de la relación.
- Su exceso como su escasez son contraproducentes.
- Resulta útil cuando se realiza de manera infrecuente.

- La apertura también puede variar de acuerdo a la cantidad o amplitud de la información, el grado de intimación de la información y la duración o el tiempo empleado.
- El tema más apropiado para la apertura del terapeuta es sobre sus antecedentes profesionales y el menos apropiado incluye las prácticas sexuales y las creencias.
- La apertura en general debe estar dirigida hacia el proceso y no al contenido de la comunicación.

Un ejemplo de apertura adecuada podría ser el siguiente:

Paciente de 26 años de edad, que consulta porque no puede superar el fallecimiento de su padre, ocurrido hace unos pocos meses. Relata la terapeuta que se siente triste, con sensación de vacío, y que además a partir de pérdida de su padre, comenzó a sentir miedo a morirse. La revelación o apertura del terapeuta se plantea en los siguientes términos: "Entiendo el dolor y la angustia de tu experiencia, a tu misma edad perdí a mi padre, y yo también tuve sentimientos de pena, tristeza y angustia. A partir de ese momento comencé a percibir mi propia muerte como una posibilidad real, y desde luego que sentí miedo". La apertura personal del terapeuta se presenta como atinada, equilibrada en intensidad y duración.

5. CONTRAINDICACIONES PARA SU USO

Por último, se advierte que los terapeutas deberían evitar el uso de la autoapertura toda vez que:

1. esté al servicio de satisfacer las necesidades personales del terapeuta;
2. remueva el foco del cliente;
3. interfiera con el flujo de las sesiones;
4. los clientes se encuentren saturados, abrumados o confundidos;
5. sean intrusitas;
6. enturbie o confunda al cliente.

Si la apertura es usada en algunas de estas situaciones, puede tener un efecto deletéreo sobre la relación terapéutica y el del desarrollo del proceso. Además su uso en esos contextos clínicos, puede representar un claro indicador de que el tera-

peuta esta luchando con conflictos personales no resueltos, los cuales deberían ser abordado en los ámbitos de supervisión o en su terapia personal.

Capítulo V

CÓMO INCREMENTAR LA MOTIVACIÓN

1. DEFINICIÓN

Es conocido que siempre los pacientes, deliberadamente o no, se resisten a los intentos que realiza el terapeuta para llevar adelante el tratamiento por el camino más corto, más económico y más adecuado, ya que por distintas razones el consultante coloca obstáculos (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Ante esta situación, un terapeuta necesita tener la mayor seguridad posible para llevar a cabo sus propuestas. Se llama maniobrabilidad o capacidad de maniobra del terapeuta, a la libertad de actuar según éste lo considere conveniente. Esto implica "la posibilidad de emprender acciones dotadas de propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten" (Fisch et al., 1984). Si la maniobrabilidad es un requisito que debe manejar y controlar el terapeuta, la *motivación* es una condición indispensable que debe tener el consultante, para el logro de su propio objetivo terapéutico.

Asimismo, la maniobrabilidad del terapeuta es directamente proporcional a la motivación del consultante. Hirsch y Rosarios dicen que: "Toda investigación actual en psicoterapia adjudica un papel protagónico al concepto de motivación, que se ha verificado como uno de los factor de mayor peso predictivo en cuanto al resultado del tratamiento, independientemente de la orientación de éste. Y definen la motivación como, "disposición a …", es decir, un estar dispuesto a realizar ciertas acciones tendientes a lograr algo que se busca o desea". Así entendida la motivación, parte importante del trabajo que debería realizar el terapeuta, desde las etapas iniciales del tratamiento, consiste en averiguar, cual es el núcleo de la demanda del cliente, ya que, la motivación de este, puede ser muy variada como por ejemplo a : ser escuchado, tomar medicación, cambiar a otros, analizarse, etc.

Desde otra perspectiva, la motivación se puede definir como una etapa de disponibilidad para alcanzar el cambio terapéutico. Según el modelo tridimensional e integrativo de Prochaska, se considera la motivación para el cambio, como el compro-

miso o la determinación que presenta una persona, para modificar determinada conducta, la cual proviene, de un aumento del nivel de conciencia (*insight*) y de una autorrevaluación (tasación entre lo que uno es y quisiera ser). Asimismo, se acompaña de un incremento de los niveles de autoliberación (autoeficacia), proceso que converge en una toma de decisión, a fin de alcanzar el objetivo buscado.

Por otro lado, cabe señalar que, la motivación tiene motivos y movimiento. Por consiguiente, es válido considerar que el paciente pueda estar motivado a trabajar sobre un tipo de problema, en lugar de otro. En cuanto al movimiento o motivación en proceso, se caracteriza por modificaciones de los componentes motivacionales, según se avance en las distintas etapas del ciclo del cambio. Alguien puede inicialmente estar motivado a superar sus crisis de pánico, y luego, una vez conseguido la remisión sintomática, la demanda del cliente puede estar centrada en lograr un grado mayor de intimidad con su pareja. Además, la motivación puede variar en relación al tipo de tratamiento. Es así que, existen pacientes que pueden motivarse a trabajar en terapia individual y otros prefieren una modalidad más de tipo grupal o familiar. En tanto que, el estilo del terapeuta también constituye otra variable que influye en la motivación del consultante. Se ha podido constatar fehacientemente que, un estilo empático tiene mayor impacto en la determinación de los resultados que un estilo confrontativo.

Otra distinción importante, es aquella que diferencia entre la motivación a *realizar una consulta* y la motivación al *cambio.* La presencia del cliente en la consulta constituye un prerrequisito para dar inicio a la terapia, mientras que, la motivación al cambio requiere fundamentalmente de la tarea cooperativa entre terapeuta y paciente.

Por otro lado, es muy común encontrase con pacientes que llegan a la consulta bajo un estado de coacción o presión externa (familiares, justicia, empleador, etc) y, lo que verdaderamente esperan de ella, es poder cambiar a otros, de modo tal que, si el terapeuta no advierte esta situación, es muy probable que el interés del paciente en continuar en terapia, decrezca abruptamente, una vez que aquel haya conseguido liberarse de la presión del contexto. Por tanto, una tarea esencial que el terapeuta deberá desarrollar con el consultante, estará dirigida a transformar esa motivación extrínseca en intrínseca o genuina.

A fin de avanzar en esa dirección, el terapeuta tiene que co-construir con cliente objetivos de interés para él, como así también acordar cual es el tipo de intervención terapéutica más conveniente, de acuerdo a las preferencias del paciente y al criterio profesional. Cuanto mayor es la participación del cliente, en el diseño de los objetivos

terapéuticos, mayor será su motivación. Cuando consultante y terapeuta coinciden en las metas y en los procedimientos a utilizar, la motivación de ambos aumenta. Conviene recordar que, el interés del paciente en cuanto a lo que el terapeuta pueda expresarle, surge como resultado de su sensación de haberse sentido entendido y aceptado. Impresión del cliente que depende no sólo de los aspectos verbales, sino también, de la comunicación gestual. Adelantarse en la silla o expresar asombro e interés con el rostro, muchas veces, contribuye a aumenta la motivación del consultante. Nunca se insistirá demasiado al decir que, toda vez que el paciente se sienta comprendido, aceptado y valorado por el terapeuta, su motivación al cambio aumenta, como así también su adherencia al tratamiento.

También la motivación es un concepto interaccional, porque con sus acciones, el terapeuta puede contribuir a aumentar o disminuir la disposición del consultante, con lo cual, la maniobrabilidad del terapeuta también puede cambiar. Al decir de Code, la motivación puede considerarse como un tipo de respuesta del paciente y la familia a la respuesta del terapeuta. Dicho en otros términos, la motivación se incrementa toda vez que, el terapeuta acomoda sus intervenciones en función de considerar las preferencias y expectativas de sus consultantes. Igualmente, si el terapeuta considerara el estadio de cambio en el que se encuentra el cliente respecto de su problema en particular, como así también, el nivel de cambio desde el cual el cliente demanda ser ayudado, sus niveles de motivación han de aumentar considerablemente.

Una sugerencia importante para el terapeuta, a fin de incrementar su propia motivación, consiste en considerar a todas aquellas conductas del consultante, que en principio juzgaría de “resistenciales”, como indicadores para corregir su propio accionar. Por consiguiente, si el consultante no cumple con una indicación del terapeuta o desestima una interpretación, está indicando que esa intervención no es adecuada para él y al mismo tiempo ofrece ciertas pistas de por donde debería avanzar el proceso de ayuda. En tanto, Fernández Moya (2004), advierte que, cuando el terapeuta se percibe como muy motivado, debe preguntarse hasta qué punto ésta es una respuesta apropiada a la motivación del paciente, o una señal de que está supliendo la falta de motivación de éste. Una cosa es estar motivado para trabajar y otra cosa es hacerlo por el paciente.

2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional (EM) de Rollnik y Miller (1997), representa una herramienta fundamental para promover la motivación, y por ende para facilitar el cambio en terapia, por lo cual se constituye en parte esencial del entrenamiento del psicoterapeuta. Trabajar con la EM ofrece una serie de beneficios, dentro de los cuales, los más importantes, son los siguientes:

1- Aumenta la motivación para cambiar.

2- Prepara al cliente para entrar en tratamiento.

3- Aumenta el compromiso y la retención de los pacientes en tratamiento.

4- Incrementa la participación e involucración activa del cliente en el tratamiento.

5- Mejora los resultados terapéuticos.

6- Estimula un rápido retorno del paciente al tratamiento, toda vez que los síntomas vuelven a ocurrir.

Se postula que, el mayor beneficio de la EM se obtiene, al considerarla como una actitud o modo de ser del terapeuta en relación a sus pacientes, más que, como una técnica o habilidad comunicacional. Por tanto, como actitud, es posible de ser cultivada y desarrollada. El desafío para el terapeuta, está en desarrollar esa disposición para actuar, con estilos muy diferentes de consultantes**.**

Por otro lado, la práctica clínica ha permitido establecer que una EM exitosa*,* es aquella que reúne una serie de características, dentro de las cuales las más relevantes son las siguientes:

1. Comunica respeto y aceptación en relación a los sentimientos del cliente.
2. Expresa empatía a través de la escucha reflexiva.
3. Establece una relación de colaboración, sin juzgar.
4. Sirve de soporte y conocimiento al consultante.
5. Escucha de manera empática y reflexiva, más bien que verbaliza lo que se debe hacer.
6. Persuade amablemente, asumiendo que el cambio depende del cliente.
7. Provee soporte y apoyo, a través del proceso terapéutico.

8. Desarrolla discrepancia entre las metas y valores del cliente y su conducta actual, ayudando al cliente a reconocer esa discrepancia entre donde ellos se encuentran actualmente en relación al problema que intentan resolver y donde esperan estar.
9. Evita discutir y confrontar directamente con el cliente, ya que pude conducir a una lucha por el poder. Es así que, la EM es confrontativa en relación a los objetivos de la terapia. pero no, en cuanto al estilo terapéutico.
10. Se adapta o acomoda a la resistencia del consultante, más bien que, oponerse a ella.
11. Estimula la autoeficacia y el optimismo del cliente, poniendo el foco sobre las fortalezas y los logros en terapia.

Uno de los objetivos fundamentales de la entrevista motivacional apunta a resolver el estado de ambivalencia. Se caracteriza por la presencia de un estado afectivo-cognitivo, normal y común de los problemas psicológicos, que habitualmente se presenta en un número considerable de personas que vienen a terapia. Consideran que tienen un problema, pero al mismo tiempo estiman que todavía no es momento para iniciar un cambio. Quiero y no quiero cambiar, representa el dilema en el que se debate la persona, en estado de ambivalencia, el cual suele ser propio de los pacientes que se encuentran en la etapa de contemplación del ciclo del cambio (Ver cuadro 1). Descubrir y comprender empáticamente esas motivaciones, son una parte importante de la evaluación del paciente que debe realizar el terapeuta en las primeras etapas del proceso.

Otro objetivo importante de la entrevista motivacional, a fin de facilitar el proceso del cambio, está dirigido a impedir el surgimiento de la resistencia, ya que, existe una relación inversa, entre resistencia y motivación, tanto en el terapeuta como en el paciente, de modo tal que, en presencia de una, disminuye la otra.

En el cuadro 1 se describen las características psicológicas más significativas de los pacientes, de acuerdo a la etapa del ciclo del cambio en la que se encuentran. Asimismo, permite apreciar claramente las diferencias de esas condiciones psíquicas, sobre la base de la resolución del estado de ambivalencia, la cual se obtiene al ingresar el cliente a la etapa de la acción del cambio.

Cuadro 1

AMBIVALENCIA **(Continuum)**	
PRECONTEMPLADOR ----------CONTEMPLADOR----------ACCIÓN	
• MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA	• MOTIVACIÓN INTRÍNSECA
• MAYOR RESISTENCIA	• MENOR RESISTENCIA
• MENOR UTILIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES	• MAYOR UTILIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES
• MÁS CERRADO A LA INFORMACIÓN Y A NUEVAS EXPERIENCIAS	• MÁS ABIERTO A LA INFORMACIÓN Y A NUEVAS EXPERIENCIAS
• ESTRATEGIAS COGNITIVAS	• ESTRATEGIAS CONDUCTUALES
• MENOR DISPONIBILIDAD AL CAMBIO	• MAYOR DISPONIBILIDAD AL CAMBIO
• CONSTRUIR UNA RELACIÓN TERAPÉUTICA SIGNIFICATIVA O POSITIVA (Tarea del terapeuta)	• RESOLVER LA AMBIVALENCIA DEL CONTEMPLADOR (tarea del terapeuta)

En cuanto a los aspectos mas operativos, cabe consignar que, la resolución de la ambivalencia, a menudo, suele ser suficiente para activar al paciente, quién a partir de allí puede encontrar los recursos necesarios para poder llevar adelante su proceso de cambio en forma autogestiva. Se entiende entonces, porqué, algunos pacientes que, estando en terapia, en determinado momento del proceso, toman la decisión de no continuar con el tratamiento, a la vez de conservar su compromiso con el cambio. En otros casos, además de ayudar al cliente a resolver su contienda interna, será necesario que el terapeuta enseñe ciertas habilidades para que se pueda completar el ciclo del cambio.

Con todo, conviene señalar que el estado de ambivalencia no desaparece por completo, por consiguiente, es importante activarlo durante todo el proceso. Para ello, el terapeuta deberá reconocer cuando se vuelve a instalar, para luego implementar los procedimientos terapéuticos específicos. Tarea que no resulta fácil de realizar, ya que, la ambivalencia puede ser confusa, frustrante y difícil de comprender, tanto para el paciente como para el terapeuta.

El balance decisional constituye una técnica muy útil para ayudar a incrementar la motivación del paciente, cuando se encuentra atascado en la ambivalencia. Con-

siste en solicitar al paciente que realice una lista acerca de cuales serían las ventajas y desventajas del cambio y otra opuesta, sobre las ventajas y desventajas de no cambiar. Esta matriz decisional permite ayudar al cliente a comprender, en forma más precisa, cuales podrían ser las expectativas de resultado al continuar con su conducta, y cuales a su vez, si la abandonara. Además, para que el trabajo sobre la ambivalencia motivacional sea efectivo, el terapeuta deberá mantenerse lo más cerca posible de los sentimientos, valores y creencias de los pacientes, haciendo uso de las habilidades empáticas anteriormente estudiadas.

¿Qué estrategias puede utilizar un terapeuta para aumentar la motivación respecto al cambio? Si se acepta que la motivación es la probabilidad que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar, entonces, es razonable buscar procedimientos específicos para aumentar esa probabilidad, de modo tal que, contribuyan a promover el cambio terapéutico. Desde el modelo de la EM se proponen ocho tipos de estrategias motivacionales generales. Ellas son:

1) Ofreciendo consejo: un buen consejo se caracteriza por ser breve, claro y dado en forma adecuada. Debe también, identificar claramente el problema, explicar porqué el cambio es importante y a su vez, recomendar un cambio específico.

2) Eliminando obstáculos: conviene identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio. La mayoría de los obstáculos tiene que ver con el acceso al tratamiento o con otras estrategias para el cambio. Por ejemplo con factores económicos, retrasos en el horario, grado de confort, sentimiento de pertenencia, y la adecuación cultural. Asimismo, se sugiere eliminar los obstáculos según el estadio de cambio en el que se encuentra la persona. Finalmente, existen obstáculos relacionados con el miedo de los pacientes a que el cambio produzca consecuencia adversas o que les prive de ciertas oportunidades o beneficios.

3) Ofreciendo alternativas: la motivación intrínseca se ve aumentada por la percepción de que uno ha elegido con libertad un curso concreto de acción, sin influencia o presión externa significativa. Cuando los pacientes pueden elegir entre enfoques y modalidades diferentes de tratamiento su motivación aumenta de manera significativa.

4) Disminuyendo la deseabilidad**:** en la etapa de contemplación, una persona sopesa los beneficios y los costos del cambio, en contraposición con las ventajas y desventajas de continuar como hasta ahora. Consiste en un ba-

lance decisional y motivacional, como ha sido descrito más arriba, entre factores que favorecen el statu quo y aquellos que favorecen el cambio. La estrategia esta basada en lograr aumentar el peso hacia el lado del cambio, como así también, en disminuir la deseabilidad de la conducta presente. Es conveniente que el terapeuta se pregunte cómo y por qué es deseable determinada conducta para una persona, a pesar de las consecuencias negativas que ella genera. Una posible respuesta, podría ser porque existen incentivos positivos (expectativas de resultados positivos), los cuales habría que identificarlos a los efectos de buscar alternativas para modificarlos. También, la deseabilidad de una conducta puede persistir porque los familiares protegen al paciente de sus consecuencias o normalizan sus comportamientos. En tanto que, expresar preocupaciones, ofrecer ayuda y describir las consecuencias negativas de la conducta problema, por parte de las personas allegadas al paciente, incrementa marcadamente la motivación al cambio.

5) Practicando la empatia: diversos estudios han demostrado que un estilo terapéutico empático está asociado con bajos niveles de resistencia de los pacientes y a su vez, con un cambio de la conducta a largo plazo.

6) Ofreciendo un *feedback*: si uno no sabe dónde se encuentra, le será difícil planificar cómo llegar a algún lugar. A veces, las personas no consiguen cambiar porque no reciben suficiente información sobre su situación actual. Así, pues, una tarea importante del terapeuta consiste en proporcionar al cliente un *feedback* sobre su problema, como así también en relación a sus consecuencias o riesgos posibles. El *feedback,* por ejemplo, puede estar basado en expresiones de preocupación acerca de su estado de salud provenientes de familiares y amigos. También se puede brindar información sobre los resultados obtenidos de estudios de psicodiagnóstico o de planillas de autorregistro.

7) Aclarando los objetivos: el *feedback* por si solo no es suficiente para precipitar el cambio. El feedback se debe comparar con algún otro patrón. Este proceso de autoevaluación –comparar el estatus percibido con los objetivos personales- influye en el hecho de si se producirá el cambio o no. Por lo tanto, si la persona carece de un objetivo o patrón claro, el feedback quizá no sea útil. Por tanto, los objetivos tienen que ser claros, realistas y precisos. Asimismo, se sugiere que deberían estar formulados en términos

conductuales, que representen además la presencia de algo y no la ausencia, los cuales a su vez, también puedan ser observables.

8) Ofreciendo ayuda activa: un compromiso de forma activa por parte del terapeuta, transmitiendo interés, una actitud de cuidado o de preocupación por la situación del cliente favorece de manera muy significativa el proceso de cambio del paciente. Por ejemplo, se ha podido constatar que, cuando el terapeuta toma la iniciativa realizando una llamada telefónica para saber por qué un paciente no asistió a su consulta, incrementa notablemente la adherencia al tratamiento de aquel y, por consiguiente, los resultados en terapia.

A continuación se describe el proceso de aplicación de la EM, el cual se basa en cinco principios generales y en cinco estrategias clínicas, que el terapeuta deberá utilizar desde el inicio de la sesión.

I) Los **cinco principios generales** son:

1. *Expresar la empatía*: ya se ha mencionado el valor de la empatía como fuerza motivacional para el cambio. También se ha destacado anteriormente, su valiosa contribución a la alianza terapéutica y al mejoramiento de la autoestima del paciente. Ambas condiciones son muy relevantes para iniciar y sostener los cambios. En tanto que, actitudes basadas en la confrontación de, “usted no está bien, tiene que cambiar”, aumenta la resistencia.

2. *Crear o promover la discrepancia*: la motivación para el cambio es creada cuando la gente percibe una discrepancia entre su conducta actual y metas personales importantes. Un paciente de 40 años que luego de haber bebido copiosamente durante la noche, se despierta al amanecer dentro de su auto, el cual yacía en el medio de una zanja, al costado de la ruta. Sin haber tenido conciencia de cómo llegó hasta allí, el paciente expresa que, al despertarse sintió un estado de profunda angustia cuando asoció esa situación (conducta-problema) con la imagen de su hija de 8 años. Esa experiencia disparó en él, un estado mental propio de la disonancia cognitiva, caracterizado por un sentimiento de culpa y angustia intensa que motivó su decisión de iniciar la abstinencia en relación al consumo de alcohol. Se postula que, cuanto mayor es la intensidad de la discrepancia, más fuerte será la motivación al cambio, más aún, si el cliente presenta argumentos propios para desarrollar el proceso de cambio.

3. *Evitar las discusiones y la confrontación directa*, porque incrementa la resistencia y disminuye la motivación. La entrevista motivacional es confrontativa

en su propósito, pero no como estilo terapéutico, ya que de este modo se induce al terapeuta a caer en la trampa de la confrontación negativa, la cual consiste en que, cuanto más el terapeuta confronta al paciente, más se incrementa la negación de este, con lo cual se confirma el diagnóstico del terapeuta de paciente negador, volviendo a insistir con más de lo mismo. Un ejemplo de la confrontación negativa puede ser el siguiente:

Terapeuta: Me parece que usted tiene un problema serio con el alcohol.

Paciente: Qué me quiere decir.

Terapeuta: Cuando no bebe se pone muy ansioso, irritable, y además últimamente ha perdido el control sobre su ingesta.

Paciente: La mayoría de mis amigos beben de manera similar.

Terapeuta: Tal vez, pero no estamos hablando de sus amigos sino de usted.

Paciente: Pero no estoy de acuerdo con usted, creo que mi problema no es tan serio.

Por el contrario, en la EM, el terapeuta confronta al paciente en el plano de sus valores, metas y principios fundamentales con su conducta- problema, utilizando un estilo empático y procurando despertar en el paciente un estado de discrepancia como se ha explicado más arriba.

4. *Darle un giro a la resistencia***:** Si se quiere plantear un nuevo punto de vista del problema se debe sugerir más que imponer. También, se debe recordar que el paciente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas. Por consiguiente, es posible modificar las actitudes defensivas del paciente ofreciendo respuesta a sus necesidades terapéuticas. Haley habla de "Judo psicológico". Se postula que la resistencia es el camino que el paciente señala acerca de por donde el terapeuta debería seguirlo. El procedimiento consiste en involucrar activamente al cliente en la solución del problema que se intenta resolver.

Terapeuta: ¿Y a usted que le parece? ¿Qué piensa que debería hacer? Son algunas de las preguntas que se pueden formular con el propósito de modificar las actitudes defensivas.

5. *Fomentar la autoeficacia:* se define a la autoeficacia como la percepción de confianza en uno mismo. Es considerada un buen predictor de los resultados en el tratamiento y además como un elemento importante en la motivación para el cambio. Se obtiene mediante el estimulo de cambios cognitivos y conductuales

compatibles con los objetivos terapéuticos posibles de ser logrados. Es por eso que, la regla de oro para fomentar el sentimiento de autoeficacia, radica en proporcionar o promover una experiencia en la que el paciente pueda encontrarse con el éxito. Obtener lo que uno se propone, despierta ese sentimiento de confianza y competencia personal, llamado autoeficacia, que se constituye en una fuerza motivación imprescindible, de la cual, ningún sistema de psicoterapia puede prescindir.

II) Las **cinco estrategias** son:

1. *Preguntas abiertas:* se formula por ejemplo: ¿Cuál es el problema que más le preocupa?

2. *Escucha reflexiva*: representa una de las habilidades más difícil de sostener. Supone como hemos comentado, hacer que el balance entre las conductas prescriptas y proscriptas resulte favorable en relación a las primeras.

3. *Afirmar*: constituye una intervención del terapeuta dirigida a connotar y valorar la decisión que el paciente ha tomado en relación a comenzar una terapia. Por ejemplo: “valoro el esfuerzo que deber haber sido para usted haber tomado la decisión de llegarse hasta aquí, entiendo que ha dado un gran paso”.

4. *Resumir:* es un procedimiento similar a la síntesis en el sentido que indica que uno ha estado escuchando cuidadosamente y también ayuda a reforzar lo que se ha dicho. A veces el resumen consiste en unir ambos polos de la ambivalencia :

Terapeuta: Pareciera por lo que nos ha dicho que tiene frente a Ud dos caminos, por un lado, hay una parte de suya que le dice que ya es hora de hacer algo con el problema, pero simultáneamente, existe otra parte de Ud que estima que todavía no es el momento, seguramente todo esto que le sucede lo debe tener bastante confundido.

5. *Provocar afirmaciones automotivacionales*: el propósito de esta estrategia consiste en ayudar a los pacientes a resolver la ambivalencia, y se basa en la aplicación de cuatro elementos generales:

    - *Reconocimiento del problema*: si a un paciente que consume drogas se le formulara la pregunta: ¿En que sentido esto que le pasa es un problema para usted? El reconocimiento se alcanza cuando la persona

contesta: “nunca me había dado cuenta del daño que me estaba causando”.

- *Expresión de preocupación*: “¿En que medida esto de consumir drogas le preocupa?” “Me preocupa de que no pueda salir de esta situación y de que pueda caer gravemente enfermo”.
- *Intención directa o Implícita de cambio*: “¿Usted cree que es momento de hacer algo para intentar cambiar la situación?” “En realidad no sé muy bien qué, pero algo tengo que hacer”.
- *Autoeficacia:* “¿Cuán confiado se siente usted para comenzar hacer algo en la dirección de modificar el problema?” “Ahora que estoy decidido pienso que puedo hacerlo. Estoy seguro de que puedo cambiar”.

.

3. MODELO DE PROCHASKA Y DI CLEMENTE

Es un modelo global del cambio que intenta comprender qué, cuando, cómo y porqué cambian las personas, cuando intentan modificar algún aspecto problemático de sus vidas, ya sea, por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. La pregunta inicial que éstos investigadores se formularon para desarrollar su investigación fue la siguiente: ¿Qué es lo que hace cambiar a las personas cuando pretenden modificar alguna situación indeseable o problemática? La investigación estuvo centrada entonces, en estudiar el fenómeno del cambio intencional o auto asistido, sin ayuda externa de tipo profesional. El enfoque transteórico que desarrollaron, se basa en un modelo tridimensional, que integra estadios, procesos y niveles de cambio.

Las etapas o estadios del cambio representan la dimensión temporal, el cuándo cambia la gente. Los procesos del cambio se refieren a la dimensión procesal, el cómo cambia la gente, y los niveles del cambio constituyen la dimensión procesal, el qué debe ser cambiado.

1) ETAPAS O ESTADIOS DEL CAMBIO

La decisión de cómo ayudar a alguien deberá considerar el momento o instancia en la que se encuentra cada individuo en particular, dentro del ciclo del cambio. Se postula que, las personas que cambian en forma exitosa atraviesan por una serie de etapas bien definidas y predecibles, las cuales deben ser respetadas a fin de facilitar el proceso del cambio. Se han considerado seis etapas de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.

Una clave para el cambio exitoso consiste saber, en qué etapa alguien se encuentra en relación a su problema. Ese conocimiento permite diseñar procedimientos específicos para cada uno de los pacientes, en cuanto a qué tipo de relación terapéutica es más conveniente desarrollar, y también acerca de qué tipo de intervención se ajusta de manera más adecuada para ese cliente en particular.

El *precontemplador,* no está pensando seriamente en cambiar y su actitud típica es la de negar su problema, por lo cual es muy probable que lleguen a consulta coaccionados o presionados por familiares o también desde el ámbito educativo, laboral o judicial. La mayoría de ellos, acuden a terapia, no para cambiarse a sí mismos, sino con la intención de modificar a las personas de su alrededor. El riesgo de abandono en estos casos es muy elevado y oscila entre un 40% a un 60%, llegando a casi un 80% en consultas relacionadas con el consumo de sustancias.

El *contemplador,* en cambio, admite tener un problema, es conciente de su malestar, tiente mayor apertura para informarse acerca de lo que le sucede y cuales podrían ser las alternativas de solución, pero todavía considera que no es el momento para iniciar el cambio. Son personas que se muestran ambivalentes, por lo cual tienen dudas respecto de los beneficios del cambio.

La *preparación* es el estadio en el que los individuos se encuentran preparados para la actuación. La persona ya ha efectuado algunos pasos pequeños dirigidos a la modificación de la conducta problemática, como por ejemplo, haber reducido el consumo de calorías cuando alguien pretende perder peso.

La *actuación* corresponde al estadio donde se produce de manera más evidente, la modificación del comportamiento indeseable, el cual tiene una duración de seis meses.

El período de *mantenimiento* sigue a la etapa de la acción y dura seis meses más, donde el principal objetivo se dirige hacia el cambio en el estilo de vida y a la prevención de las recaídas.

El ciclo del cambio culmina con la etapa de *finalización*, definida como aquella instancia donde el individuo ya no necesita de la utilización de ningún proceso de cambio, a fin de impedir la recaída o el regreso a la situación problemática.

Por otra parte, la mayoría de las personas que se proponen modificar un patrón de conducta problemática recaen por lo menos alguna vez en su intento, pero muchos de ellos no abandonan su intentona, sino que vuelven a reiniciar el reciclo a partir del estadio de contemplación o de la preparación para luego pasar a la actua-

ción. En tanto, el cambio no es lineal, sino que conlleva un patrón en espiral, indicando que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaídas.

Cabe mencionar que diversos estudios señalan que las etapas o estadios del cambio representan el mejor predictor de progreso alcanzado a los meses de terapia, en comparación con el diagnóstico del DSM. A su vez, y a los efectos de establecer el foco de la demanda, el terapeuta deberá tener muy presente que los estadios del cambio son específicos para cada conducta–problema. Es así que existen pacientes que habitualmente presentan diversos problemas, los cuales se encuentran en distintas etapas de cambio. Por último, la investigación informa que tomando en cuenta el conjunto de los problemas en el campo de la salud mental y en relación también a los diferentes contextos culturales, se ha podido constatar que de toda la población de pacientes asistida el:

- 40% se encuentra en la etapa de la precontemplación.
- 40% se encuentra en la etapa de la contemplación.
- 20% se encuentra en la etapa de la acción.

2. PROCESOS DE CAMBIO

Los procesos de cambio consisten en una actividad iniciada o experimentada por un individuo, con el propósito de modificar el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. Específicamente se refieren a cómo hace la gente para cambiar cuando cambia, es decir qué tipo de herramientas utilizan cuando intentan solucionar determinados problemas. Cabe agregar que, si bien no todos los sistemas de psicoterapia hacen uso del conjunto de los procesos, cualquiera de los modelos utilizados, provoca cambios activando al menos dos o más de estos procesos.

Por otra parte, se sostiene que, los procesos de cambio se encuentran en un nivel de abstracción intermedio entre la teoría y las técnicas que de ellas se derivan y a su vez, permiten llevar adelante la integración de los diversos sistemas de psicoterapia. Los procesos de cambio que con mayor frecuencia se han encontrado son los siguientes: 1) Concientización; 2)Autoreevaluación; 3) Autoreevaluación social; 4) Autoliberación; 5) Liberación social; 6) Activación emocional o relieve dramático; 7) Contracondicionamiento y control del estímulo; 8) Manejo de lo eventual; 9) Refuerzos; 10) Relaciones de ayuda.

A continuación se describirán brevemente cada uno de esos procesos de cambio:

1) *Concientización:* la adquisición de conciencia es el proceso de cambio más ampliamente usado .Consiste en una serie de actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona, de modo tal que, pueda desarrollar las respuestas más efectivas. Lo que se busca es poder ayudar a que las personas puedan tornarse más conscientes, tanto de sus experiencias afectivas como de las cognitivas. Cualquier aumento de conocimiento sobre el individuo o de la naturaleza de su problema, independientemente de la fuente, aumentan el estado de conciencia. Por ejemplo, si alguien desea perder peso ajustándose a una dieta estricta, puede desconcertarse al cabo de cierto tiempo cuando no consigue el propósito deseado. En parte es debido a su desconocimiento en relación a que, el organismo rápidamente disminuye su metabolismo basal (reduciendo su capacidad para quemar calorías) a fin de adaptarse a la restricción calórica, la cual está al servicio de preservar el funcionamiento de los órganos más sensibles, como el cerebro, corazón y riñones. Entonces, su mayor conciencia acerca del funcionamiento del organismo, permitirá al individuo acomodar sus expectativas de una manera más realista y a realizar también los ajustes necesarios para perder peso. Por último, es importante destacar que existen diversos procedimientos terapéuticos para incrementar los niveles de conciencia, como: la interpretación, reestructuración cognitiva, psicoeducación, y confrontación entre otros.

2) *Autoreevaluación:* es un proceso que incluye una serie de actividades que el sujeto realiza basadas en una retasación o reevaluación cognitiva y afectiva. El preguntarse y reflexionar a si mismo, acerca de si es conveniente dejar que todo siga así o si se debería hacer algo para cambiar, define la esencia del proceso de reevaluación. Si una conducta o situación determinada en la que la persona se haya involucrada, entra en conflicto con su sistema de valores, el individuo tendrá entonces que realizar la tarea de re-evaluar o retasar los pros y contra acerca de la continuidad o no de su conducta problema. Es habitual que piense y sienta que su vida sería ostensiblemente mejor si cambiara, pero al mismo tiempo estima que el cambio comporta un costo, una suerte de pérdida. Cuando la situación del sujeto entra en conflicto con el sistema axiológico en relación a si mismo, se habla de auto-reevaluación, como en el caso del paciente alcohólico que decidió abandonar el consumo con el propósito de preservar uno de sus valores esenciales ligado a su función paterna.

3) *Autorreevaluación social.* En tanto que, cuando la conducta colisiona con valores que son esenciales con el sentido de uno como parte del mundo, se habla de re-evaluación social, donde el sujeto piensa y siente que su entorno sería un

lugar más adecuado y saludable si se cambiara. Por ejemplo, una madre fumadora y embarazada, que decide no fumar durante su embarazo, al considerar que dañaría a su feto indefenso, más que a ella misma.

4) *Autoliberación*: es el proceso basado en la decisión personal de cambiar la conducta problemática luego de haber hecho la reevaluación de su estado, que lo llevó a reconocer la conveniencia de modificar su estilo de vida.

5) *Liberación social*: incluye un conjunto de actividades que llevan a que la persona pueda incrementar su capacidad de elegir entre distintas alternativas. Reclamar un área para no fumadores en espacios cerrados para aquellos que se esfuerzan en dejar de fumar y sustentándose además en sus propios derechos, es un claro ejemplo. Se intenta modificar el medio social de manera que sirva para ayudar a que otros también puedan cambiar.

6) *Relieve dramático*: desde los tiempos de Aristótoles se sostiene la creencia de que la reacción catártica puede ser evocada al observar escenas emotivas en el ambiente. Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales provenientes de la observación y llamado de atención acerca de las consecuencias negativas sobre la salud que conlleva determinada conducta problema. Por ejemplo, alguien que decide abandonar el consumo de tabaco luego que su amigo íntimo fallece de cáncer pulmonar como consecuencia de su adicción crónica al cigarrillo.

7) *Contracondicionamiento:* es un proceso esencialmente de tipo conductual que consiste en modificar o alterar la respuesta cognitiva, motora y/o fisiológica proveniente de estímulos condicionados a determinada conducta, promoviendo y desarrollando conductas alternativas. El entrenamiento en técnicas de autocontrol de la ansiedad a través de la práctica de ejercicios respiratorios y de relajación como alternativa al hábito de fumar o comer en exceso, son representativas de este proceso.

8) *Control de estímulo:* consiste en una reestructuración del ambiente tendiente a disminuir la probabilidad para que el estímulo se haga presente. Podría basarse en algo tan simple como un recordatorio positivo como una señal de no fumar o retirar el alcohol de la casa cuando se está luchando con un problema relacionado con su consumo.

9) *Manejo de lo eventual*: representa un proceso que contiene una serie de actividades cuyo objetivo principal se dirige a reestructurar o cambiar las consecuencias que siguen al comportamiento problemático, sustentado en el castigo

y los refuerzos. El primero de ellos es raramente usado por los terapeutas y por las personas que cambian exitosamente por sí mismas. Igualmente es cuestionable desde el punto de vista ético. Por el contrario, los refuerzos son usados normalmente con éxito para el cambio de conducta. El auto valorarse constituye una forma simple de refuezo. Ofrecerse un presente una vez alcanzada cierta meta, o quedarse con el dinero que de otra manera se hubiera gastado en el mantenimiento del problema son otros ejemplos.

10) *Relaciones de ayuda:* constituye un proceso crítico para promover el cambio de conducta y se refiere a la presencia y utilización del apoyo social provenientes de familiares, amistades, compañeros de trabajo, etc. Lo que realmente gravita es el apoyo social recibido como por ejemplo cuando alguien siente el apoyo emocional al poder abrirse y confiar en alguna persona cercana, o al recibir compañía toda vez que la persona se siente sola y aislada.

3. NIVELES DEL CAMBIO

La tercera dimensión del modelo transteórico corresponde a los niveles del cambio. Constituye la dimensión objetal del enfoque, es decir, se refiere a lo qué debe ser cambiado. Se los representa mediante una organización jerárquica en cinco niveles diferentes, interrelacionados, abarcando el conjunto de los problemas psicológicos factibles de ser tratados. Ellos son:

1. Síntoma/Situación.
2. Cogniciones desadaptativas.
3. Conflictos actuales interpersonales.
4. Conflictos familiares/sistemas.
5. Conflictos intrapersonales.

Tradicionalmente cada modelo de psicoterapia ha atribuido la causa de los problemas psicológicos a alguno de éstos niveles, y en consecuencia ha adaptado sus procedimientos específicos para la resolución de los mismos. Es esencial para el terapeuta, que al momento de la intervención pueda definir claramente el nivel desde el cual el cliente demanda ser ayudado, ya que los mismos varían para cada cliente aún cuando ellos presenten los mismos síntomas. Diversos estudios realizados en cómo se lleva adelante el cambio auto asistido, muestran que las personas que intentan cambiar por sí mismas utilizan varios de éstos niveles a diferencia de los pacientes que están en terapia que solo utilizan uno o dos de ellos. Los autores del modelo sugieren comenzar la terapia tomando en cuenta el primer nivel, ya que, sue-

le ser el más usado por las personas que intentan cambiar por si mismas y además porque es el nivel más accesible a la conciencia y por ende, el que en general ofrece menos resistencia. Y también porque representa habitualmente el motivo por el cual la gente viene a terapia. Entonces, si el cambio no hubiera podido concretarse, se recomienda cambiar a los otros niveles. Este procedimiento se conoce como estrategia de cambio de nivel. Pero, si el paciente en la primera entrevista demanda ser ayudado desde un nivel específico como, por ejemplo, cuando alguien expresa; "mi problema se debe a que me valoro muy poco", está indicando que desea ser ayudado desde el nivel más intrapersonal o intrapsiquico, dando lugar a lo que se conoce como estrategia de nivel clave. Por último, debemos mencionar que en la práctica clínica es muy frecuente encontrar demandas que involucran simultáneamente a varios de los niveles de cambio mencionados. Cuando alguien dice por ejemplo:" tengo problemas de ansiedad, me siento tenso, con mi pareja no me llevo bien, últimamente discutimos mucho y por momentos siento culpa por lo que está pasando", está señalando al terapeuta demandas diversas que involucran varios niveles al mismo tiempo: sintomático, interpersonal e intrapersonal, modalidad conocida como estrategia de impacto múltiple.

Capítulo VI

CÓMO REDUCIR LA RESISTENCIA

---

1. DEFINICIONES

Se entiende por resistencia a la disposición y apertura del paciente para recibir directivas o dirección externa. La resistencia es un continuo en una curva de Gauss, donde la mayoría de los pacientes se encuentran en una posición intermedia, en tanto que, el encaje —matching— para pacientes que están en algunos de los dos extremos, constituye una variable muy importante. La investigación es muy consistente en este punto, señalando que para el 20% de los pacientes que se sitúan en los polos de la resistencia (bajo/alto), representa para el terapeuta una de las dimensiones o decisiones mas importante, puesto que el encastre entre los niveles de resistencia y el tipo de intervención del terapeuta es crucial para el buen desarrollo de un proceso terapéutico exitoso.

Según L Beutler (1990), la resistencia surge cuando el sentido de libertad, de auto-percepción, de integridad psicológica o de poder del paciente se encuentran amenazados. A su vez se postula que la resistencia del paciente es directamente proporcional al grado de inflexibillidad del terapeuta. Entonces se afirma que la flexibilidad relacional equivale a la efectividad en psicoterapia.

2. INDICADORES PARA RECONOCER LA RESISTENCIA

A) *Antecedentes históricos*

A fin de indagar la presencia de la resistencia durante la primera consulta podemos servirnos de la siguiente pregunta: ¿Qué clase de antecedentes del paciente nos haría suponer que el nivel de resistencia seria alto? Es decir, ¿qué tipo de dato histórico del paciente resulta relevante? Un posible listado podría ser el siguiente:

1. Varias historias de tratamiento no exitoso.

2. Resistencia a la autoridad.
3. Historias repetitivas de violencia focal o generalizada de relaciones violentas.
4. La presencia de una actitud de poca esperanza o pesimismo.
5. Pacientes enviados por otros o coaccionados (precontempladores).
6. Personas que han manejado poder durante mucho tiempo, es decir, que han ejercido autoridad sobre otros.
7. Problemas de comorbilidad y trastornos de personalidad.
8. Pasividad como resistencia, es decir, alguien que dice sí a todo pero luego hace todo lo contrario.
9. Personas a las que mucha gente ha tratado de ayudarlos en sus desdichas, sin obtener demasiado.

Habitualmente la resistencia esta vinculada a la hostilidad, usualmente de manera implícita. Se sugiere entonces tomar en cuenta en las entrevistas cuantas manifestaciones de hostilidad encubiertas existe por parte del terapeuta. En el caso de pacientes resistentes, el terapeuta tiene que encontrar alguna manera de sortear la tendencia inevitable a criticar por eso. Esto, se vuelve mucho más insidioso en los casos de resistencia como pasividad.

La trampa principal que plantean estos pacientes a los terapeutas breves orientados al cambio es su habitual tendencia a la acción, porque con pacientes pasivos, una mayor inducción del terapeuta a la actividad, mayor será la resistencia del paciente.

B) *Indicadores del psicodiagnóstico*

La resistencia se expresa como rasgo de personalidad y como estado, reacción situacional frente a la amenaza de la perdida de control o poder. Los patrones de rasgos pueden ser evaluados a través de las subescalas del MMPI-2: Dominación personal; Necesidades de control; Problemas con la autoridad; y Disposición para el tratamiento.

C) *Características clínicas de los pacientes con alto nivel de resistencia como rasgo de personalidad*

1) Frecuentemente expresa resentimiento hacia los otros.
2) Parecen tener la expectativa de que los demás se aprovecharán de él/ella.

3) Ha sido controlador en sus relaciones.
4) Es desconfiado y sospecha de los motivos de los demás.
5) Expresa resentimiento por no tener las ventajas y oportunidades que otros han tenido.
6) Ha desobedecido las reglas con frecuencia.
7) Disfruta de la competencia.
8) Ha sido oposicionista cuando otros tratan de controlarlo.
9) Con frecuencia es controlador en las relaciones.
10) Resistente a aquellos que establecen las reglas.
11) Está más contento/a cuando él/ella se hace cargo.
12) Muchas veces se siente culpado por los errores o faltas de otras personas.
13) Cuando se lo ha provocado ha tratado de empatar.
14) Con frecuencia evita ser el perdedor en los desacuerdos.

D) *Parámetros clínicos en el contexto de la entrevista*

Beutler et al. (1990), sostienen que los patrones de estados defensivos, en contraste con los rasgos, requieren que el terapeuta adapte las intervenciones terapéuticas para reducir los potenciales efectos negativos de la confrontación interpersonal. Debido a que los niveles altos de defensividad están frecuentemente enmascarados detrás de palabras de cooperación y atención, el grado del estado de resistencia durante la sesión terapéutica puede ser evaluado a partir de comportamientos no-verbales y vocales que sugieren la presencia de enojo y retraimiento, advirtiendo a su vez, de la presencia de un quiebre de la relación terapéutica. Con frecuencia, es la manera en que uno habla más que lo que uno dice lo que muestra el nivel de defensividad. Así, pues, los tonos de voz, las expresiones faciales y los movimientos corporales sirven como indicadores del nivel de resistencia. Para usar algunas de estas pistas no-verbales, el terapeuta debe aprender a ignorar (momentáneamente) el contenido de lo que está diciendo el paciente. Esto no quita la importancia de otros comportamientos más obvios, tales como, el incumplimiento de la tarea dada y la descalificación de las intervenciones terapéuticas; por tanto, la aparición de estos comportamientos también debe ser tomada en cuenta por los terapeutas, como señales de actitudes defensivas.

Asimismo, en el contexto de la interacción entre paciente y terapeuta es posible identificar los niveles de resistencia (estado o reactiva) mediante la constatación de ciertas actitudes y conductas, las cuales son a su vez, evidencia de cómo el paciente responde al terapeuta o también a las actividades terapéuticas que éste haya impartido. Ellas son:

1. *Pacientes con altos niveles de resistencia*

   (1) Tiene problemas en entender o seguir directivas.

   (2) Es “cabeza dura”.

   (3) No es abierto a nuevas experiencias.

   (4) Es pasivo–agresivo

   (5) No cumple con citas o compromisos.

   (6) Cree que el terapeuta esta tratando de aprovecharse el el/ella.

   (7) No se lo puede sacar de su posición una vez que se ha instalado.

   (8) Se enoja abiertamente con el terapeuta.

   (9) No cumple con las tareas para la casa.

   (10) Con frecuencia es discutidor.

   (11) Es rencoroso/a.

   (12) Necesita mantener un grado importante de autonomía.

   (13) Se resiste a la influencia externa.

   (14) Rechaza las interpretaciones del terapeuta.

   (15) Expresan un tipo de resistencia ansiosa.

2. *Pacientes con bajo nivel de resistencia*

   (1) Acuerdan rápidamente con hacer las tareas asignadas para el hogar.

   (2) Están de acuerdo en seguir las directivas de los terapeutas.

   (3) Aceptan las interpretaciones del terapeuta.

   (4) Toleran los eventos que están fuera de su control.

   (5) Busca directividad en el terapeuta.

   (6) Es sumiso a la autoridad.

(7) Adopta una postura no defensiva y abierta a la experiencia.

3. ADAPTANDO LA TERAPIA A LOS NIVELES DE LA RESISTENCIA

Se postula como principio-guía que el nivel de resistencia del paciente constituye un marcador fundamental para determinar el grado de directividad del terapeuta. Y, como se ha señalado anteriormente, representa una de las decisiones más relevantes para el terapeuta, a fin de conseguir los mejores resultados en psicoterapia. Los procedimientos que habitualmente están indicados se clasifican en:

a) Estrategias para Trabajar con Pacientes que Presentan bajo nivel de Resistencia. Intervenciones Directas y Activas.

Los individuos que presentan niveles reducidos o infrecuentes de resistencia, responden bien a la dirección de la autoridad y a los ambientes estructurados.

Por tanto, los pacientes que tienen bajo nivel de resistencia, pasivos y dependientes y que además están dispuestos a recibir todo tipo de directivas, funcionan mejor con terapeutas directivos y activos. Por consiguiente se sugiere que el terapeuta haga uso de los siguientes procedimientos:

- intervenciones directas;
- formulación de preguntas cerradas durante la sesión;
- asignación de tareas especificas;
- interpretaciones y reformulaciones;
- confrontaciones;
- interrumpir el discurso o comportamiento del cliente durante la sesión;
- dar información o instrucciones (psicoeducación);
- usar técnicas basadas en la sugestión y el *insight*;
- prescripción de tareas con automonitoreo y reporte al terapeuta;
- focalizarse en el cambio de síntomas, independientemente de adquirir un mayor conocimiento personal y autocomprension;

b) Estrategias para trabajar con Pacientes Resistentes. Intervenciones Indirectas y Paradojales.

Por el contrario, los individuos que se encuentran en estado resistente no son proclives a responder bien a una persona percibida como una autoridad y tampoco frente a demandas o situaciones que reducen su libertad y capacidad para auto-

dirigirse. Por tanto, estos pacientes funcionan mejor con terapeutas que tienen un estilo más pasivo reflexivo, que con uno más confrontativo.

Se sugiere entonces que, el terapeuta, provea al paciente de oportunidades para que pueda “autodirigirse” durante el desarrollo de la entrevista, por lo cual las intervenciones deberían ser *no-directivas*. Es así que las preguntas automotivacionales propuesta por el modelo de la EM están muy recomendadas para ese tipo de clientes. En tanto que, los pacientes resistentes, sí responden bien a las intervenciones paradójicas, como por ejemplo a la prescripción del síntoma y a prescripciones para evitar el cambio.

Como conclusión se podría sostener que, ya sea como estado o rasgo, la presencia de resistencia en el consultante, introduce en la actuación terapéutica un número de proscripciones, dentro de las cuales las más importantes son las siguientes:

El terapeuta no debe ser autoritario (*own down*), debe ser no directivo (autodireccion), debe ser no confrontativo.(escucha reflexiva). Así, pues, las intervenciones se caracterizan porque el terapeuta:

- hace preguntas abiertas durante la sesión;
- acepta pasivamente los sentimientos y pensamientos del cliente;
- refleja los estados emocionales del cliente durante la sesión;
- sigue la dirección del paciente en un gran porcentaje del tiempo;
- introduce temas con poca frecuencia;
- Introduce al paciente a que introduzca temas con mucha frecuencia;
- presenta las sugerencias con cierto escepticismo;
- permite que el paciente establezca las metas;
- admite que el paciente tenga razón;
- promueve que el paciente establezca él mismo las tareas.

Algunos ejemplos de cómo hacer esto consiste en sugerirle al paciente que lea un libro o que vea una película de su elección (se le da previamente una lista con varios títulos), y, además, se le ofrece como consigna, que piense y si lo desea, que escriba, de qué modo este libro o esta película se relaciona con su vida.

Capítulo VII

PERSONALIZANDO LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

1. CONCEPTUALIZACIÓN

Personalizar la relación terapéutica con cada uno de los pacientes asistidos en función de los hallazgos de la investigación, tiene una marcada incidencia sobre la efectividad terapéutica. La experiencia clínica, como así también, los estudios de investigación, señalan que es un error terapéutico abordar de una manera única a todos los pacientes. Lo que se postula es que la intervención terapéutica debe dirigirse hacia el apareamiento entre las cualidades o características de los pacientes y las intervenciones del terapeuta, de modo tal, de elegir el tipo de relación terapéutica, más adecuada para ese paciente en particular.

2. MARCADORES CLÍNICOS

John Norcross, propone una serie de marcadores clínicos basados en la evidencia, a los efectos de poder diseñar un tipo de relación terapéutica para cada tipo de paciente. Si bien los parámetros clínicos pueden ser muy diversos, a continuación se describen los siguientes:

1. Preferencias y expectativas.
2. Estadio del cambio.
3. Nivel de resistencia.

1. *Preferencias y expectativas del paciente*

Es ampliamente conocido que las expectativas e intereses de los pacientes moldean el proceso de la psicoterapia. Es así que el apareamiento con las preferencias del paciente cuando es clínicamente razonable contribuye a mejo-

rar los resultados. A su vez, y desde el punto de vista procesal, poder crear conjuntamente con el paciente la relación terapéutica se constituye en una herramienta muy poderosa de facilitación del proceso terapéutico.

Algunas de las preguntas que el terapeuta podría formular son las siguientes:

- ¿Qué espera de mí como terapeuta?
- ¿Qué es lo que prefiere o busca de mí como terapeuta?
- ¿Qué es lo peor que yo podría hacer? O, ¿qué es lo que usted no quisiera de un terapeuta?

Preguntas específicas acerca de las dimensiones de las investigaciones planteadas:

- ¿Algunas personas me prefieren más cercano y otras más alejado?
- ¿Algunas personas prefieren que yo hable mucho y otras prefieren que yo sea más bien reservado?
- ¿Algunas personas me prefieren más formal y otras informal?
- Si ha estado antes en terapia preguntar, ¿cuáles fueron las mejores partes y las peores de su terapia anterior?

2. *Estadios del Cambio*

Las etapas del cambio representan un segundo marcador importante que permiten diseñar a medida la relación terapéutica para cada paciente. Es sabido que el cambio es un proceso que ocurre en distintas etapas conocidas como estadios del cambio, los cuales representan a diferentes tipos de pacientes, con una disposición al cambio o nivel motivacional muy variado.

Asimismo las etapas del cambio del cambio constituyen indicadores clínicos que demandan al terapeuta actuaciones diferentes, en cuanto a:

- un tipo específico de actuación del terapeuta (rol conductual) de manera tal de poder estructurar un tipo de relación terapéutica adaptada al estadio de cambio en el que se encuentra ese paciente en particular;
- adaptar un tipo de intervención específica que pueda gatillar los procesos de cambio inherentes a cada uno de los estadios de cambio, con el propósito de

facilitar el pasaje de un estadio de cambio hacia el otro, haciendo avanzar el ciclo del cambio.

A fin de evaluar de manera rápida en que estadio del cambio se encuentra el paciente, se sugiere que el terapeuta siga el siguiente interrogatorio. "¿Tiene usted actualmente un problema con…?" Si la respuesta del paciente es afirmativa, entonces se postula que se encuentra en la etapa de contemplación, preparación o acción. Si en cambio el paciente responde negativamente, entonces se encuentra en la etapa de precontemplación o mantenimiento.

En primer lugar, consideraremos la alternativa de que el paciente haya contestado afirmativamente. En este caso, el terapeuta deberá preguntar: ¿Cuándo usted intentó hacer algo para cambiar su problema? Si el paciente responde:

- "Algún día lo intentaré". Ésta respuesta estaría indicando que se encuentra en el estadio de comtemplación;
- "En las próximas semanas lo haré". Ésta otra posibilidad se corresponde al estadio de preparación;
- "Ahora, en estos momentos, estoy haciendo cosas para cambiar". Aquí la respuesta del paciente se encuentra ubicada en la etapa de la acción.

En el caso de que el paciente haya respondido negativamente, entonces el terapeuta preguntará: ¿Qué es lo que lo lleva a usted a decir eso? o ¿Cuál es la razón por la cual usted dice eso? En este caso, el paciente podría responder:

- "Considero que no es un problema para mi, sino que es un problema para otros". Ésta respuesta estará indicando que se encuentra en el estadio de precontemplación.
- "En realidad fue un problema para mí, pero ahora ya lo cambié". Aquí estaría expresando que se encuentra en el estadio de mantenimiento.

Cabe consignar que los estadios de cambios son específicos para cada conducta-problema. Por ejemplo, una persona puede plantear un problema conyugal, consumo de cocaína y a su vez referir síntomas distímicos. Al realizarse la evaluación diagnóstica puede constatarse que el paciente se encuentra, respecto al problema de pareja, en la etapa de la acción, en cambio, en el consumo de cocaína, puede estar cursando por la etapa de contemplación y, finalmente, en relación a la distimia, ubicarse en la fase precontemplativa. Es decir, el mismo paciente, puede estar en di-

ferentes estadios del cambio para diferentes problemas, por lo cual el terapeuta deberá considerar a la hora de la intervención cual es el problema más conveniente a tratar en función de la etapa más avanzada en el ciclo del cambio.

Por último, se sostiene que para ser totalmente empáticos con cada paciente, el terapeuta deberá ser conductualmente diferente con cada uno de ellos. En tanto que, la genuinidad terapéutica, es la habilidad a través del cual el psicoterapeuta puede modificar su accionar de paciente en paciente, de terapia en terapia y de sesión en sesión, buscando maximizar el índice de apareamiento para obtener resultados más exitosos.

3. LA POSTURA ÓPTIMA DEL TERAPEUTA

Según Norcross, se ha podido constatar en función de los diversos estudios realizados sobre una gama muy amplia de problemas y a su vez tomando en cuenta diferentes contextos culturales, que del conjunto de los pacientes que asisten a terapia, el cuarenta por ciento, se encuentran en la etapa de la precontemplación, cuarenta por ciento, están en la contemplación y veinte por ciento se hallan en la acción. Asimismo, se postula que el cien por ciento de los pacientes que ingresan a terapia desean liberarse del sentimiento de pena o dolor, pero solo el veinte por ciento de ellos está realizando alguna acción específica en términos de cambio de conducta para resolver su problema.

A continuación se describen una serie de pautas a los efectos de construir una relación terapéutica óptima en función de los estadios del cambio. Para ello se considerará las preferencias de los pacientes y cual es el tipo de actitud y de procedimientos más adecuados del terapeuta para ese paciente en particular.

Al trabajar con un paciente precontemplador conviene que el terapeuta se pregunte que es lo que le gustaría recibir de él. El paciente precontemplador valora:

- la aceptación positiva incondicional
- la comprensión empática
- la aceptación dialéctica del cambio.

A su vez, el terapeuta deberá considerar que es lo que no habría que hacer con ese tipo de paciente, como por ejemplo, no presionarlo. Es fundamental que el terapeuta aprenda a controlar su propia necesidad de tener que intentar hacer algo para que el otro tenga que cambiar. La postura óptima del terapeuta para un paciente que se encuentra en la etapa de la precontemplación es la de un “padre nutricio”. Se es-

tima que el ochenta por ciento de los precontempladores abandonan prematuramente el tratamiento, pero al encajar nuestra relación terapéutica con el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente, la tasa de deserción se reduce al veinticinco por ciento.

Con un paciente contemplador es conveniente que el terapeuta se desempeñe como un "maestro socrático", preguntando: ¿En qué sentido esto que le pasa representa un problema para usted? ¿Cuál cree usted que pueden ser las ventajas y desventajas de seguir así o de intentar cambiar? Es decir, ¿cuáles son los "pros" y los "contras" del cambio?

Si el paciente se encuentra en la etapa de la acción, la postura óptima del terapeuta es la de un "entrenador", el cual brinde buen apoyo para el entrenamiento y aprendizaje de habilidades y competencias, que ofrezca más refuerzo que crítica. Además deberá enseñar competencias y habilidades específicas respecto de cómo hacer ciertas cosas. También podrá ayudar a reconocer y anticipar las dificultades ya que al hacer cualquier cambio lo más probable es que se encuentre con obstáculos. Y, finalmente, que este dispuesto a connotar los cambios logrados estimulando de este modo el sentimiento de autoeficacia.

Lo que no sería adecuado para quien está en la etapa de la acción es que el terapeuta lo critique, presione continuamente, es decir, que nunca esté conforme y que se vuelva no directivo e interpretativo.

Por último si el paciente se encuentra en la etapa de mantenimiento del cambio, la postura óptima del terapeuta se asemeja con la de un "consultor". Su función será definida como una consulta técnica centrada en la prevención de las recaídas.

En resumen, lo más importante para el terapeuta es tratar de evitar dos grandes errores: 1) utilizar métodos de insight para una persona que está en la etapa de la acción y 2) utilizar terapias activas y directivas para una persona que está en la etapa de la precontemplación.

Se postula que existe un lugar para cada modelo terapéutico, pero un lugar específico y diferenciado. La tarea más importante entonces para el terapeuta consiste en encajar la relación terapéutica y el tipo de tratamiento con la etapa del cambio en la cual se encuentra el paciente.

3. Nivel de Resistencia

Este punto fue tratado con mayor amplitud en el capítulo VI, por lo cual, sólo nos limitaremos a puntualizar que el nivel de resistencia del paciente es un marcador clínico fundamental para establecer el grado de directividad que el terapeuta debe implementar en cada una de sus intervenciones. Se postula que la resistencia del paciente es directamente proporcional al grado de inflexibilidad del terapeuta. Así pues, la flexibilidad relacional equivale a la efectividad en la psicoterapia. Si el nivel de reactancia del paciente es elevado entonces el terapeuta debe ser más pasivo y menos directivo, en tanto que si los niveles de resistencia son bajos, el terapeuta deberá ser más directivo y activo.

.

Capítulo VIII

SITUACIONES ESPECIALES DE LA CLÍNICA

1. INTRODUCCIÓN

En éste capítulo se describirán diversas situaciones clínicas que, con bastante frecuencia, se presentan en la consulta psicoterapéutica, y que menudo, generan en el profesional, una gama muy amplia de sentimientos negativos: pena, tensión, incomodidad, ansiedad, bronca, impotencia y temor entre otros. Asimismo, es común, que esas reacciones emocionales induzcan al terapeuta a producir un quiebre de la relación, como consecuencia de un manejo inadecuado de su resonancia emocional y también de la aplicación errónea de los procedimientos clínicos más convenientes para esos contextos.

Por consiguiente, resulta muy importante que el terapeuta conozca y desarrolle de antemano, un conjunto de habilidades específicas, con la finalidad de desplegar las intervenciones más útiles y efectivas para el manejo de esas realidades terapéuticas. Por otro lado, cabe mencionar que, si bien, los escenarios clínicos donde aparecen las dificultades y desafíos más importantes para el psicoterapeuta son muy variados, se elegirán para su abordaje, aquellos que, con mayor frecuencia se presentan en la práctica clínica.

2. PACIENTE ANGUSTIADO

L. Beutler (1990), dice que con bastante asiduidad los pacientes buscan reducir el nivel de las emociones angustiantes, mientras que los terapeutas, con frecuencia intervienen, para asegurar que, al menos, algo de la angustia, esté presente para aumentar la motivación al cambio. Es común entonces que, el terapeuta esté poco dispuesto a remover demasiado rápido la angustia, por temor a afectar negativamente el interés del paciente para trabajar en psicoterapia. Habitualmente se sostiene, aunque generalmente de manera implícita, que existe un nivel de angustia o tono óp-

timo, el cual debería mantenerse para que el tratamiento progrese positivamente (Frank, 1991).

En cuanto a los procedimientos usualmente utilizados para reducir los niveles altos de angustia del paciente, se destacan o sugieren, aquellos que permitan expresar y desahogar su carga de infelicidad, acompañados de una escucha empática, de parte del terapeuta, ofreciendo reflejos y apoyo. Por consiguiente, se recomienda utilizar los dos métodos de la terapia de la voz –el cognitivo y el catártico— los cuales pueden ser aplicados en varias fases de la terapia, para optimizar su efectividad, con tales pacientes. La terapia de la voz se refiere al proceso de ponerle palabras al marco de pensamientos negativos internalizados, del cliente, el cual consiste en tres pasos:

1. *Elicitar e identificar patrones de pensamientos negativos liberando el afecto asociado.* Por ejemplo, el paciente expresa: "siento que soy un inútil y que siempre voy a fracasar, por eso me angustia pensar en el futuro porque tengo mucho temor a fracasar y a no poder sostenerme por mí mismo".

2. *Debatir las reacciones emocionales o provocar el insight verbalizando las voces*. Caber aclarar que, los auto-diálogos negativos, los mandatos familiares y atribuciones erróneas, pueden adquirir la propiedad de "voces internas", que condicionan y regulan la experiencia subjetiva y el comportamiento del individuo. Por ejemplo, el terapeuta puede solicitar al paciente que exprese las razones o motivos por los cuales se siente que es un inútil y que además, siempre ha de fracasar.

3. *Neutralizar o contrarrestar los auto-diálogos* alimentados por las voces, a través de la planificación participativa y aplicación de una experiencia correctiva apropiada. Se buscan evidencias y alternativas de pensamientos cuestionando su sistema de creencias.

Terapeuta: ¿Qué evidencias tiene usted para decir que es una persona inútil y que siempre ha de fracasar? ¿Cual podría ser un pensamiento diferente al de sentirse un incapaz?

Por otro lado, los procedimientos conductuales basados en la relajación dirigida y las técnicas de respiración diafragmática, son útiles después de un período de descarga y expresión emocional. En situaciones de miedos y de ansiedad anticipatoria, se puede trabajar con una visualización agradable asociada a sugerencias para aumentar la relajación y para introducir pensamientos que enfaticen y refuercen la habilidad del paciente para afrontar situaciones estresantes. Por ejemplo, el terapeuta podrá instruir al paciente para que este se diga a si mismo: "me siento relajado y

cómodo", "todo lo que tengo que hacer es superar este momento". En tanto que, las sugerencias brindadas por el terapeuta en la *etapa de post-relajación*, también pueden resultar de ayuda: p.ej : "se encontrará capaz de usar la tensión asociada a su ansiedad como señal para parar, respirar, relajarse y ponerse cómodo/a". Del mismo modo, la *auto instrucción* (si controlo mi respiración puedo calmarme o tranquilizarme), constituye una ayuda adicional, para que el paciente maneje su angustia usando técnicas de autocontrol del estrés.

En situaciones de crisis, el monto de angustia suele estar muy incrementado, debido a que la persona presenta un estado de mayor desorganización, incertidumbre, confusión y desorientación, el cual, compromete y altera muchas veces su normal funcionamiento. Es conveniente en estos casos que el terapeuta asista al paciente en crisis, de manera tal que, le permita hablar acerca de lo que le está sucediendo, y adoptando a su vez, una actitud de aceptación y comprensión. Mantener una escucha activa y proceder al mismo tiempo de un modo muy directivo, son otros de los procedimientos aconsejables para trabajar con pacientes angustiados en situaciones críticas.

3. PACIENTE APÁTICO

A diferencia de las personas angustiadas, con los pacientes apáticos el terapeuta deberá aplicar procedimientos tendientes a incrementar el monto de angustia, los cuales varían en función de las diferentes formas de presentación clínica que tiene la conducta apática. Por ejemplo, si un paciente apático es traído a la consulta por sus familiares, por presentar graves problemas de salud física, quien además se encuentra en el estadío de la precontemplación del cambio, es decir, que no reconoce la gravedad de sus problemas cardíacos, agravados a su vez por el consumo de cocaína, el terapeuta podrá intervenir en estos casos de muy diversas maneras. Ellas son:

- Confrontando al paciente con las consecuencias más negativas de su comportamiento, mediante la formulación de la siguiente pregunta: ¿Si las cosas continúa así, que cree usted que va a suceder dentro de un año?

- Interviniendo sobre el contexto familiar para que éste influya a su vez, sobre el paciente; el procedimiento consiste en hacer hablar a cada uno de los integrantes de la familia, a quienes se le solicita que expresen abiertamente toda su carga de aflicción y de dolor personal en relación al problema del pariente apático. El terapeuta puede decir, por ejemplo: "Dígame señora, ¿qué siente usted cuando su marido dice que puede seguir drogándose, que es su vida y que él tiene todo el derecho

a hacer lo que quiera?” En estas situaciones resulta útil incluir en la entrevista a la mayor cantidad de personas interesadas en colaborar, más aún, si previamente se ha estimado que el paciente valora y desea preservar esos vínculos.

- En casos muy graves y altamente resistentes al cambio, algunos autores sugieren utilizar intervenciones que incrementen el tono emocional de la entrevista. El terapeuta pregunta a los familiares: “¿De que manera se van a organizar ustedes como familia una vez que fulanito…. haya muerto o no este mas entre ustedes? o ¿Cómo imaginan que va ser su velorio, quién sufrirá más?”

El objetivo de estas intervenciones apunta a en incrementar el nivel de angustia del paciente apático, de modo tal que, pueda servir como palanca motivacional para facilitar el cambio terapéutico.

4. PACIENTE QUE LLORA

La manera como el terapeuta decodifica el sentido del llanto del paciente condiciona las intervenciones posteriores. Para ese fin, deberá preguntarse, cual es el significado que el paciente en particular otorga al llanto y además de significarlo dentro de su contexto de vida. Al mismo tiempo, convendrá descifrar el significado de ese comportamiento, en el contexto de la relación terapéutica, el cual también condiciona y guía el accionar del terapeuta.

Cuando el llanto expresa un acontecimiento vital doloroso, de alto contenido emocional, por ejemplo, en relación la muerte de un hijo o de un ser querido, el silencio por parte del terapeuta, mostrando una actitud empática, ayuda a que el cliente pueda sentirse comprendido y apoyado en su pena y en su necesidad de manifestar su dolor. Tratar de interrumpir el llanto prematuramente, suele responder más al malestar o incomodidad que le genera al terapeuta, que a la pertinencia de aliviar rápidamente el dolor y el malestar del cliente (respuesta silenciadora).

Cuando se trabaja con ciertos individuos que muestran un excesivo control de sus emociones, debido a que presentan dificultades de expresión emocional o porque consideran al llanto como una conducta inadecuada (los hombres no lloran) se aconseja, favorecerlo.

Por otra parte, el llanto puede representar un recurso o medio para bloquear o controlar el proceso terapéutico. Algunos pacientes lo utilizan a fin de protegerse de tener que hablar de ciertos temas o de situaciones no deseadas o también con el propósito de manipular al terapeuta y de ponerlo a prueba de sus propias competencias. Asimismo, el llanto como conducta aprendida y condicionada socialmente pue-

de aparecer en ciertas personas, frente a situaciones de frustración, de desagrado o también con la intención de concitar atención y cuidado. En estos últimos casos, la sugerencia es no reforzar o estimular el llanto con especial actitud empática, sino facilitar que el cliente exprese las razones que lo han desencadenado.

Cuando el llanto es de tipo incontrolado, involuntario y frecuente, como expresión de una experiencia de malestar no deseado, es decir, cuando alguien llora y no quiere hacerlo, se pueden aplicar procedimientos basados en técnicas de relajación y respiración y en algunas ocasiones, en la intención paradójica (prescripción del síntoma).

5. PACIENTE VERBORRÁGICO

Se incluyen en éste lugar a todos aquellos pacientes que, como consecuencia de su estilo verborrágico de comunicación, dificultan de manera significativa, la tarea del terapeuta. Se exceptúa del análisis y abordaje a pacientes que se encuentran en un estado de euforia maníaca o hipomaníaca, como así también, de los pacientes intoxicados por sustancias.

En cuanto al manejo específico de este tipo de comportamiento, se sugiere como norma general, que el terapeuta interrumpa al cliente con una actitud firme y cordial, para luego dedicarse a redirigir la entrevista hacia aquellos aspectos que se consideren más relevantes para la definición del problema y para el logro de los objetivos terapéuticos. Una manera simple, útil y efectiva para frenar el discurso verborrágico, consiste en decirle al paciente ,en forma enfática y concreta lo siguiente: “perdón, pero me resulta muy difícil de entenderla “ o “perdón, me cuesta mucho seguirla”. Estas expresiones deberían ir acompañadas por movimientos firmes con las palmas de las manos hacia adelante (stop), ya que, el uso del lenguaje analógico resulta mucho más apropiado en éstos casos.

Cuando se está trabajando con pacientes verborrágicos, quienes además interrumpen constantemente al terapeuta, una intervención adecuada es la siguiente: “tenemos algunas ideas acerca de lo que esta pasando y también de lo que se podría hacer, pero quizás usted tenga mas cosas para decirnos, de modo que podemos terminar esta sesión ,dándole la palabra a usted y en la próxima entrevista se lo contamos”. La curiosidad así provocada en el paciente, actúa como un freno inhibitorio sobre el comportamiento disruptivo.

En otras ocasiones, donde el discurso verborrágico se acompaña de un estilo cognitivo disperso y ramificado, el terapeuta puede intentar modificarlo, utilizando la

técnica de la prescripción del estilo, y expresar en un tono desafíante algo como: “me resulta muy difícil poder seguirla, necesito que me ayude, porque estoy realmente interesado en escuchar y desde luego entender lo que usted está diciendo y no quisiera perderme nada, por lo cual, le pido que vaya mas despacio, pero me parece que le va a resultar difícil, así que, es muy probable que, cuando yo necesite comentarle algo, usted se sienta tentada a interrumpirme para hablarme de otra cosa, pero de todos modos podemos intentarlo”. El trabajo con estos pacientes requiere del terapeuta, de mucha paciencia y también de un compromiso activo de este, durante todo el proceso, ya que, el paciente demanda de tiempo y de apoyo constante, de manera tal que, los objetivos más importantes, esto es, que el paciente llegue a comunicarse en forma más pausada y al mismo tiempo, más concreta, puedan ser conseguidos.

6. PACIENTE QUE NO HABLA

Lo primero que el terapeuta tiene que averiguar frente a un paciente que no habla, es, si no puede o no quiere hacerlo. En relación al primer punto, los pacientes deprimidos e inhibidos, intoxicados, orgánicos y psicóticos, se encuentran muchas veces, incapacitados de poder expresarse abiertamente. En cuanto a la segunda cuestión, los pacientes fóbicos, tímidos, desconfiados, obligados, o enojados, se niegan a hablar porque no les agrada ventilar aspectos personales e íntimos con personas desconocidas. Por lo tanto, se ha de incluir en el análisis, a todos aquellos pacientes que en forma voluntaria y consciente se niegan a iniciar y sostener una conversación con el terapeuta, Este enunciado, también comprende a personas que mantienen largos silencios o se expresan de manera lacónica y con monosílabos.

La premisa más importante que el terapeuta deberá considerar al trabajar con estos pacientes, consiste en tratar de controlar su necesidad de tener que hacer algo como forzar o presionar, para que el paciente hable. Es común observar que, cuanto más empeño e insistencia pone el terapeuta en tratar de convencer al paciente para que este se exprese, más oposición y resistencia encuentra. Así, pues, la habilidad más importante que el terapeuta deberá entrenar, consiste en controlar su propia urgencia y necesidad, en la dirección de intentar cambiar al paciente. A continuación se detallan una serie de recomendaciones y procedimientos técnicos, para el manejo más adecuado con este tipo de pacientes. Ellos son:

- En principio, conviene que la entrevista se realice con la participación de otras personas.

- Una intervención útil consiste en la *prescripción del síntoma*; el terapeuta se dirige al paciente, y en forma cordial y respetuosa le solicita que se mantenga en silencio, mientras conversa sobre él, con el resto de los familiares o miembros significativos participantes de la entrevista. Si el terapeuta trabaja individualmente con el paciente, también puede utilizar la prescripción del síntoma: "Tenemos una hora de entrevista, así que, te voy a pedir que permanezcas en silencio durante el transcurso de la misma hasta su finalización".

- La inferencia por el absurdo es otro tipo de intervención adecuada, la cual está diseñada sobre la base de proposiciones ilógicas, y de carácter provocativo, y que además está especialmente indicada en pacientes enojados. Con una paciente de 24 años de edad muy enojada, quien fue traída por su familia a consulta, vestida con ropa de cama y con un oso peluche en sus manos, el terapeuta puede decir por ejemplo "Entiendo que si has llegado hasta acá como ni bien te levantaste de la cama, es porque estarás muy asustada y preocupada por la salud de tu osito". Esta intervención se debiera efectuar con mucho cuidado, de modo tal que, no sea humillante ni denigrante para la persona y su uso solo es aconsejable en pacientes enojados, con comportamientos infantiles y con recursos para manejar la situación de una manera más adaptativa. Se postula que, desde el enfado y la provocación, resulta más probable que, la paciente se habilite a dialogar con el terapeuta, y de este modo, concederle la posibilidad de poder ayudarla a salir de su situación problemática.

- La *comprensión empática* de la paciente en relación a los aspectos implicados en el contexto de la entrevista, pueden muchas veces contribuir al cambio de actitud. Siguiendo con el ejemplo anterior, el terapeuta podría expresar lo siguiente: " Entendemos que tu familia te ha traído a este lugar sin tu consentimiento, a la fuerza, casi a la arrastra, sin darte tiempo ni siguiera para haberte vestido adecuadamente, por lo que nos resulta lógico inferir que te sientas muy enojada, maltratada y violentada. Por consiguiente pensamos que, al estar aquí, frente a personas desconocidas, debe constituir para vos, una experiencia muy avergonzarte y humillante".

- La *técnica del cuchicheo*, propuesta por el grupo de Milán, consiste en susurrar de manera inaudible, con el propósito de despertar un estado de curiosidad en el paciente, de modo tal que, habilite al paciente a romper su silencio.

- También se puede usar la *técnica del chismorreo*, la cual consiste en poner a hablar a otros, sobre la persona que se niega a hacerlo, generando de este modo, reacciones provocativas. Asimismo, se puede complementar con la prescripción del síntoma.

7. PACIENTE AGRESIVO

La conducta agresiva puede presentarse como expresión de rasgo de la personalidad (patrón más estable) o como estado (la cual es más episódica, y aparece en el contexto de la terapia). Asimismo, el descontrol impulsivo puede originarse en cuadros psicopatológicos, los cuales deberían ser diagnosticados adecuadamente, ya que, su manejo requiere habitualmente, de la indicación psicofármacológica. Los cuadros de furor maníaco o psicótico, donde la intervención biológica resulta esencial, son algunos ejemplos de los mismos.

Una de las premisas más importantes a tener en cuenta, desde los primeros pasos de la entrevista inicial al trabajar con un paciente que presenta comportamientos agresivos, consiste en indagar, cual es el grado de perturbación que el estallido provoca en el consultante. Evaluar en qué medida el comportamiento hostil representa algún tipo de problema para sí o para terceros, constituye un buen indicador para dar inicio o no a un proceso terapéutico. Por consiguiente, si el estallido resulta indiferente o no tiene ninguna consecuencia negativa o indeseable para la vida del consultante, entonces será muy difícil que el tratamiento prospere. Si así fuera, el foco de la entrevista podría estar puesto en tratar de ayudar al consultante a tomar conciencia de su patrón destructivo, y en función de los resultados alcanzados, el terapeuta deberá decidir si es conveniente o no, comenzar con el proceso psicoterapéutico.

Cuando la consulta se realiza por problemas de agresividad, desde el comienzo mismo de la terapia, el trabajo terapéutico debería estar dirigido hacia el logro de dos objetivos principales:

Primero, la tarea más importante a realizar reside en el *establecimiento de una buena relación terapéutica*.

Segundo, en diseñar un *contrato terapéutico, claro, explícito y consensuado*. Se postula que, si el comportamiento colérico del paciente, se presenta en varios contextos, entonces, también es probable que pueda ocurrir en el ámbito de la terapia. Por consiguiente, se sostiene que, el acuerdo pactado, ejerce sobre el paciente un marcado efecto estructurante, en el sentido de proporcionarle mayor control interno de sus tendencias impulsivas. A fines de elaborar el contrato terapéutico se sugiere tomar en consideración, los siguientes puntos:

- Establecer de antemano cuales han de ser los límite permitidos en la terapia, dejando muy en claro que tipo de conductas y expresiones se han de tolerar y cuales no. Por ejemplo, no será admitido levantar la vos, expresarse en forma grosera o proferir insultos, golpear las manos sobre el escritorio, y desde luego, se prohibirá enfáticamente todo tipo de manifestación de violencia física.

- Definir y explicitar, con el paciente, cuales serán las consecuencias, toda vez que esos límites hayan sido transgredidos. Cuando el consultante está advertido, sobre las sanciones que han de ser aplicadas, en el caso de que se produjera una violación de las pautas acordadas, esa advertencia, actúa como una suerte de freno inhibitorio del comportamiento, siguiendo el modelo del condicionamiento operante, el cual postula que, la posibilidad de ocurrencia de una conducta depende de sus consecuencias. Asimismo, se pretende que las sanciones no sean impuestas sino consensuadas, entre terapeuta y paciente, a fin de favorecer su cumplimiento.

- El terapeuta debe acordar con el paciente para que este le comunique, cada vez que registre sentimientos de ira, enojo y hostilidad , ya que, esa tarea, ayuda significativamente al consultante, a poder desarrollar un estado de autoconciencia de sus estados emocionales negativos, los cuales preceden a sus episodios de violencia. Y, también, el proceso de verbalizar sus sentimientos, permite introducir en la mente del paciente una variable cognitiva, mediatizadora, entre el plano emocional y la conducta más manifiesta de la agresión. El terapeuta también anticipa al paciente, que es muy probable que, durante las entrevistas, él transcurra por momentos donde sienta mucha bronca, por algo que el terapeuta le haya dicho. Por consiguiente, es muy importante establecer un acuerdo, a fin de que si algo sucede en ese sentido, el paciente pueda comunicárselo al terapeuta. Se instruye al cliente para que exprese lo siguiente: “me irrita tal cosa que usted hace o dice”, además de prescribirle que se permita sentir bronca. Por último, el terapeuta solicita al paciente que comunique abiertamente el contenido de su experiencia. El principio que subyace a estos procedimientos se sustenta, en que si el paciente se compromete con el terapeuta, a verbalizar sus sentimientos, resulta menos probable que aquel pueda actuarlos. Asimismo, los procedimientos presentados, contribuyen a que al paciente se sienta parte activa del tratamiento, condición que permite el desarrollo progresivo de diversos recursos de autocontrol personal.

Otra intervención importante consiste en ayudar al paciente a que pueda reconocer diferentes sensaciones corporales o físicas, de activación. Algunos individuos presentan, momentos antes del estallido, diversos síntomas: tensión en la cabeza, calor en el rostro, aceleración de los latidos del corazón, sensación de temblor en el

cuerpo, entre otras manifestaciones somáticas. Su reconocimiento, permite al individuo desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento, como por ejemplo, retirarse rápidamente de la escena o contar hasta diez antes de entregar una respuesta.

Con todo, las conductas violentas suelen ser conductas compensatorias de sentimientos de inseguridad, de temor y de autoestima disminuida. Los estados de frustración también suelen expresarse con suma frecuencia con comportamientos explosivos. Al conocer estos móviles, el terapeuta puede orientar sus intervenciones terapéuticas de manera más específicas, con el propósito de remover las motivaciones primarias de las conductas violentas.

Por último, las técnicas de autocontrol emocional como el entrenamiento en la respiración consciente y la relajación autógena, están muy indicadas en pacientes agresivos. En cuanto a la postura del terapeuta, es recomendable que pueda expresarse en un tono de voz, firme y respetuoso, transmitiendo tranquilidad desde lo no verbal, sirviendo de éste modo al paciente, de espejo para el modelado del comportamiento. La premisa que esta en juego, plantea que el control del terapeuta ayuda a promover el control en el paciente.

8. PACIENTE QUE AMENAZA CON SUICIDARSE

Cuando un paciente amenaza con el suicidio, la tarea más importante que el terapeuta debe realizar, consiste en evaluar el riesgo real de esa situación. Por ejemplo, si el sujeto tiene ideas suicidas, y además tiene un plan suicida, esto es, ya ha decido cuando, donde y cómo llevarlo a cabo, el riesgo se evalúa como muy alto. Mas aún, si el individuo tiene antecedentes de intentos previos de suicidio. Es necesario conocer que existen una variedad de trastornos mentales, los cuales tienen mayor probabilidad de que la amenaza pueda traducirse en un acto suicida consumado, por consiguiente, y, con fines ilustrativos, sólo se hará referencia a algunos de ellos. Por ejemplo, es probable que los pacientes esquizofrénicos puedan acometer el acto suicida, ya que, escuchan voces que les imparten órdenes y controlan su comportamiento. El riesgo suicida es elevado también en pacientes depresivos desesperanzados y en quienes presentan trastornos bipolares descompensados.

Bergman (1991), sostiene, desde una perspectiva familiar que, la amenaza de suicidio puede representar por una parte, una espuria maniobra para inmovilizar al terapeuta y por otra, la de tratar de evitar que determinados cambios evolutivos personales y del ciclo vital familiar, puedan desplegarse. Expresa además, que resulta antiterapéutico e insalubre para el terapeuta, hacerse responsable de mantener con

vida al paciente, por lo que considera que, la alternativa más válida consiste en establecer una serie de condiciones terapéuticas, de modo tal que, el paciente pueda aprender a cuidar de sí mismo. Con el propósito de salir de esa situación de inmovilidad y de ansiedad, en la que la amenaza suicida del paciente ha instalado al terapeuta, postula, que este debería indicar una internación o instalar un ritual de alerta al suicidio. Este último, consiste en poner a toda la familia a cuidar del paciente suicida durante las veinticuatro horas del día, hasta evaluar, que el riesgo suicida haya disminuido considerablemente o desaparecido.

Otras intervenciones para trabajar con pacientes que amenazan con quitarse la vida pueden ser las siguientes:

- Decirles, por ejemplo "si bien es cierto que usted tiene el derecho de quitarse la vida, yo como profesional de la salud, tengo la obligación de impedírselo". A continuación el terapeuta puede agregar: "por lo tanto usted decide si les comunica a sus familiares su intención de suicidarse o prefiere que yo lo haga".

- "Si usted realmente quiere matarse, lamentablemente nada ni nadie podrá evitarlo, porque su imaginación siempre va a superar a la posibilidad de cuidarlo, pero le advierto que el suicidio siempre es un error, porque consiste en querer dar una "solución definitiva" a problemas transitorios".

Con todo existe una amplia gama de procedimientos o intervenciones clínicas que los terapeutas podrían utilizar y diseñar en función de sus conocimientos teóricos, experiencia previa con casos similares, estilo personal y fundamentalmente de su creatividad.

9. PACIENTE QUE EXIGE RESERVA DE LA INFORMACIÓN

Muchas veces el terapeuta puede quedar entrampado en una situación de doble vínculo terapéutico, al ser depositario de un tipo de demanda, caracterizada por un pedido explicito de los pacientes, a mantener absoluta reserva respecto de cierto material, que ellos han expresado o quisieran comunicar al terapeuta. Por ejemplo, cuando un paciente solicita: "quiero saber si yo puedo confiar en usted para contarle todo lo que tengo para decir". En el contexto de este enunciado, se entiende por confiar, que el terapeuta deberá o está obligado a guardar secreto y reserva de todo el material que el paciente le comunique. Y, a continuación, sin esperar su respuesta agrega: "yo me voy a matar pero quiero que no se lo diga a nadie".

Otro ejemplo frecuente sucede, cuando los padres de un adolescente solicitan una entrevista psicoterapéutica porque sospechan un consumo de droga. Al inicio de

la sesión, el paciente expresa al terapeuta: "yo te voy a decir algo, pero no quiero que se lo cuentes a mis padres; ellos saben que fumé algunos porros (marihuana) pero no saben, que fumo habitualmente y que además, consumo cocaína". Así, pues, un verdadero pacto de complicidad al silencio es sellado por el paciente, que de no advertirlo, el terapeuta encontrará cercenada seriamente su capacidad de maniobra. Asimismo, el terapeuta también puede ser fácilmente conducido a tener que violar las expectativas de confianza del paciente. Una posible salida de esa situación de entrampamiento, consiste en actuar antes de que el paciente exponga su pedido, expresando que, por ahora es conveniente que mantenga reserva respecto de aquellos temas que él prefiere ocultar a sus padres.

Si el paciente ya ha explicitado su demanda, el terapeuta podrá entonces, plantear lo siguiente: "valoro y aprecio la confianza que has depositado en mí, al comunicarme ciertas cosas de tu vida, que por ahora tu prefieres que las conservemos entre nosotros, pero es conveniente en este punto, que yo pueda explicarte cual es mi manera de trabajar, para que tu me conozcas mejor y a su vez, para que no te sientas decepcionado o quizás traicionado, por mi forma de ayudar a las personas que me consultan: "mi modalidad de trabajo consiste en otorgarme el derecho de usar toda la información que recibo de mis pacientes de acuerdo a mis propios criterios, respecto de lo que estimo conveniente hacer frente a cada situación en particular, con el propósito de contribuir a resolver los problemas por los cuales la gente me consulta. En ese sentido, te pediría que, si yo no puedo utilizar cierta información que tu compartes conmigo, preferiría que te la reserves o mantengas oculta, porque insisto, todo lo que yo escuche lo voy a usar de acuerdo a mi propios criterios y consideración, acerca de lo que estime como más conveniente, para ayudar a resolver el problema por el cual las personas buscan mi ayuda". Por tanto, la intervención del terapeuta más adecuada con el paciente que planteó el consumo, consiste en crear un doble vínculo terapéutico. Por ejemplo:

Terapeuta: "De acuerdo a lo que te acabo de expresar quisiera saber si tu vas a comunicar a tus padres del consumo o preferirías que lo haga yo mismo"

10. PACIENTE QUE RESERVA INFORMACIÓN HASTA EL FINAL

Algunos pacientes se caracterizan por verbalizar temas muy relevantes en los minutos finales de la sesión. Las razones o motivos de tal comportamiento, son muy diversas. A veces, se realiza con la intención de alargar la duración de las entrevistas. En otras ocasiones, porque no se han atrevido a decirlo durante la sesión, por tanto, consideran necesario hacerlo antes de abandonar el consultorio.

La actuación del terapeuta, en esos casos, dependerá sobre todo de la relevancia que tenga esa información para el proceso terapéutico. No obstante, se recomienda como norma general, comunicar al paciente que, debido a la importancia del tema planteado y también, considerando los escasos minutos que restan de la sesión, no es posible disponer del tiempo suficiente para tratarlo en detalle y profundidad, por consiguiente sería conveniente que, lo traiga como tema a conversar, al inicio de la próxima entrevista.

11. PACIENTE SEDUCTOR

Las actitudes seductoras de los pacientes pueden tener su origen en un estilo de personalidad histriónico, cuyo rasgo habitual se caracteriza por una excesiva necesidad de gustar y agradar, por lo que, esas manifestaciones en el ámbito de la terapia ,suelen estar al servicio de satisfacer esas tendencias. Por otro lado, la seducción puede representar una modalidad de la de resistencia. En cualquiera de las situaciones planteadas es común que el terapeuta experimente una sensación de irritabilidad, ansiedad, enojo e incomodidad o también que se sienta tentado a violar los límites de la ética profesional, afectando negativamente su capacidad de maniobra durante el proceso de la psicoterapia. Por ejemplo, un paciente puede decir a una terapeuta: “le quiero confesar algo, no imaginaba encontrarme con una psicóloga tan joven y atractiva como usted, me siento gratamente sorprendido”. La terapeuta puede responder desde el contenido del mensaje, diciendo: “muchas gracias, es usted muy amable”. A veces, esa intervención es suficiente para continuar con el proceso de la entrevista.

Pero también es posible que el paciente sostenga esa postura, agregando el siguiente comentario: “disculpe, pero no puedo dejar de mirarla y de asombrarme por su encanto”. Frente a esa nueva situación se sugiere que la terapeuta realice una intervención un poco más desafiante. Por ejemplo: “me parece importante, que antes de continuar con la consulta, podamos dialogar acerca de lo que está sucediendo entre usted y yo, de modo tal que, podamos establecer un acuerdo, para poder seguir adelante con la sesión. En principio, y como psicóloga, considero conveniente, hacerle saber que, si usted utiliza el tiempo de la entrevista para hablar de mí, seguramente las sesiones no servirán de nada, porque sencillamente, usted no solicitó el turno ni pagó, para eso. Por lo tanto, me pregunto, en que medida, esto que le está sucediendo con respecto a mí, será un impedimento para continuar con el desarrollo de la sesión, porque de ser así, considero, por lo que le acabo de expresar, que deberíamos detener aquí la entrevista. Pero si usted está de acuerdo, podemos inten-

tarlo una vez más, aunque tengo la impresión, por lo que ha sucedido hasta ahora, que le va a resultar difícil concentrarse en su problema, por lo que estimo, altamente probable que, si decidimos continuar, usted vuelva a expresar lo mismo. Entonces, si esto sucede, será para mí, un indicador claro de que debemos suspender la entrevista".

Si la terapeuta prefiere interpretar la seducción como una modalidad de la resistencia, entonces, podrá expresar, por ejemplo: "usted prefiere hablar de mí, para no tener que ocuparse de su problema".

Capítulo IX

CÓMO MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA

1. EL PACIENTE DIFÍCIL

Es habitual, que en la práctica clínica, los terapeutas encuentren obstáculos en su quehacer cotidiano, al quedar atascados en situaciones complejas donde se entorpece el normal desarrollo del proceso terapéutico. Sucede por ejemplo, cuando el terapeuta, se encuentra trabajando, con una clase de consultantes conocidos como pacientes difíciles. Por lo tanto, resulta conveniente formular la siguiente pregunta: ¿que es lo que hace que un paciente sea difícil?

Según Larry Beutler (1990), los pacientes difíciles son aquellos que presentan las siguientes características clínicas:

1. Son personas que poseen escasos recursos yoicos, de afrontamiento, de apoyo social, etc. Asimismo, se sostiene que la cantidad de recursos con que cuenta un cliente resulta más importante a la hora de planificar un tratamiento que la cantidad de síntomas que exhibe.
2. Comprende a todos aquellos sujetos que presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias. La dificultad reside, por un lado, en el hecho de que en general, es muy difícil abandonar el consumo de drogas y, por otro, porque son pacientes que habitualmente presentan escasos niveles de motivación, llegando frecuentemente a la consulta bajo situaciones de amenazas o presiones externas.
3. Individuos que muestran una significativa dificultad o incapacidad para tolerar el estrés. Es decir, que son marcadamente vulnerables a los efectos del estrés como rasgo distintivo de su personalidad.

Como terapeutas es común que pensemos en los pacientes difíciles de una manera retrospectiva, esto es, cuando el proceso terapéutico se ha detenido o com-

plicado, por lo cual, y teniendo en cuenta la estrecha relación que existe entre el buen desarrollo del proceso y los resultados en terapia, sería conveniente poder identificarlos antes, de que el empantanamiento se hubiera establecido.

En el caso de los pacientes difíciles se podría postular como ejemplo paradigmático, a los sujetos con problemas de alcoholismo, puesto que, solamente el veinte por cierto de los individuos alcohólicos que han sido tratados, obtienen buenos resultados de los tratamientos, independientemente de cual haya sido el modelo teórico utilizado. Se sostiene entonces que los modelos teóricos de psicoterapia (existen en la actualidad aproximadamente unos cuatrocientos) son menos importantes, que lo que efectivamente el terapeuta realiza durante la sesión de terapia con el propósito de conseguir mejorar los resultados. El interés de los investigadores estuvo centrado entonces, en la observación dentro de la misma terapia, tratando de verificar de manera directa, que es lo que realmente los terapeutas hacían dentro de la sesión de psicoterapia, con cada uno de sus pacientes.

Es así que encontraron, por ejemplo, que independientemente de cual haya sido el modelo teórico al cual adscribía el terapeuta, había momentos durante la entrevista, donde ellos aumentaban la intensidad de la sesión y en otros, la disminuían, a veces incrementaban el nivel de malestar emocional y en otras ocasiones lo disminuían. Asimismo, con ciertos pacientes los terapeutas eran más directivos y en cambio con otros, utilizaban intervenciones paradojales. También percibieron que al trabajar con ciertos pacientes, los terapeutas les indicaban terapia individual y a otros terapia de familia., con o sin medicación. Se percataron entonces, de que era mucho más relevante para trabajar con pacientes difíciles, pensar en: “qué tipo de tratamiento encaja y funciona mejor para qué tipo de paciente”. A partir de allí, empieza a adquirir enorme relevancia clínica para el terapeuta, el poder determinar cuáles características de los pacientes y a su vez, cuáles características de los terapeutas contribuyen al desarrollo de una buena alianza terapéutica y también, de qué manera, esto, influye en el resultado del proceso terapéutico. Por tanto, es necesario en este contexto, que los terapeutas aprendan a cambiar lo que hacen, para poder encajar bien con aquel paciente concreto, con el que esta trabajando en un momento particular. Por otro lado, poder establecer y diseñar que tipo de tratamiento encaja —*maching*— mejor, con qué tipo de paciente en particular, constituye la esencia del trabajo con el “sistema de selección sistemática de tratamientos” (SST).

2. NUEVAS DIMENSIONES DIAGNÓSTICAS

A continuación, se describen las dimensiones comunes encontradas en la investigación, las cuales están presentes en los diferentes modelos de psicoterapia.

A) Dimensiones o características de la actuación de los terapeutas

1. Intensidad de la terapia: duración de las sesiones, frecuencia, duración del tratamiento.
2. Intensidad emocional: si aumenta o diminuye;
3. Grado de directividad: más activos y directivos y otros más pasivos reflexivos y menos directivos;
4. Foco de intervención: según el cambio conductual o el *insight*;
5. Modalidad del tratamiento: psicoterapia, medicación o combinada;
6. Formato de la terapia: individual o multipersonal;
7. Rol o actuación terapéutica y tipo de intervención.

Una pregunta fundamental que los diferentes investigadores formularon, a partir de esos hallazgos, fue la siguiente: ¿Existen ciertos tipos de pacientes para los cuales esas diferentes características de los terapeutas se adaptan de una manera más adecuada para el establecimiento de una buena alianza terapéutica y también para mejorar los resultados? Los estudios corroboraron que cada una de esas dimensiones del terapeuta está asociada con una característica o dimensión específica del paciente. Ellas son:

B) *Dimensiones relevantes o características de los pacientes*

1. Deterioro del funcionamiento o grado de perturbación o severidad del problema.
2. Grado de malestar subjetivo o distress.
3. Nivel de resistencia potencial al tratamiento.
4. Estilo de afrontamiento.
5. Complejidad del problema.
6. Apoyo social o de contención.
7. Disposición al cambio o etapa del cambio.

Se estableció fehacientemente que cada una de las características de los pacientes están asociados con una actividad o dimensión específica del terapeuta. Así,

pues, se construyó un índice de compatibilidad para cada dimensión del paciente y del terapeuta y además se pudo estimar, cómo ese índice contribuía al resultado de la terapia. Por consiguiente, se postula que cada una de las características del paciente constituye un indicador de cuándo y cómo aplicar cada una de las dimensiones que corresponden al terapeuta o al tratamiento. En resumen, de acuerdo a cómo se combinan entre sí las características tanto del paciente como las del terapeuta, surgirá una mejor o peor alianza terapéutica y también el tipo de resultados.

De este modo, en los casos de los pacientes difíciles se pudo dar cuenta del ochenta por ciento de los cambios y mejorías al año del tratamiento, en función de qué tan bien habían encajado las características del paciente con el tipo de tratamiento. Se constata así, por primera vez en psicoterapia y de un modo consistente, que el grado de *encaje* es el mejor *predictor* de los resultados del tratamiento.

Cabe consignar que, aunque se ha insistido bastante al respecto, que en última instancia lo que se está proponiendo, al decir de Hugo Hirsh, "son dimensiones específicas que remiten a una nueva comprensión del diagnóstico, el cual no corresponde ya al diagnóstico psiquiátrico clásico del DSM IV, sino que el diagnóstico es ahora el diagnóstico de las dimensiones relevantes, a los fines de establecer actividades terapéuticas específicas que contribuyan a la mejoría de condiciones específicas".

Por tanto, podemos hacer constar a partir de nuestra experiencia clínica que, existen pacientes que, teniendo el mismo diagnóstico, presenten diferencias significativas en variables que no dependen del diagnóstico. ¿Es posible sostener que dos pacientes con el mismo diagnóstico (episodio depresivo mayor en coomorbilidad con un trastorno relacionado con el consumo de sustancias) respondan de la misma manera al tratamiento? Es sabido que no. Existe gran evidencia que demuestra que las categorías del DSM IV son poco útiles para la planificación del tratamiento.

A continuación analizamos con más detalle, las dimensiones características de los pacientes, con breves referencias a ciertos casos clínicos, con el objetivo de ilustrar el proceso de planificación del tratamiento.

1. DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO

El grado de deterioro del paciente o severidad del problema, se refiere al grado en que el problema interfiere con la vida del paciente. Se postula que el nivel inicial de deterioro funcional que presenta un cliente, define la intensidad y modalidad del tratamiento, es decir, la duración de las sesio-

nes, su frecuencia y también el tiempo de duración del tratamiento, como así también, la indicación de terapias somáticas, farmacológicas, psicosociales o de inclusión de red. Si estamos en presencia de una persona con depresión mayor que no puede levantarse de la cama, le estará indicado un tipo de tratamiento muy diferente de aquel que le correspondería a un paciente deprimido, el cual conserva su capacidad de trabajo. Tienen el mismo diagnóstico pero tenemos que planificar de manera diferente el tratamiento. La escala de la actividad global del sujeto. EEAG. Eje V del DSM IV resulta útil, como método de objetivación del deterioro.

2. Complejidad del Problema

Los problemas complejos se refieren a cuestiones temáticas recurrentes, que aparecen en las diferentes situaciones de la vida del paciente. La complejidad está relacionada con la presencia concomitante de desórdenes de personalidad, y se evidencia por patrones interpersonales y conductuales que, se repiten de un modo persistente. Por ejemplo, un paciente de cuarenta años, que toda vez que era abandonado o rechazado por su pareja, presentaba intensos estados de ansiedad, ideación e intentos suicidas e ingestión de sustancias psicoactivas. La elevada complejidad del problema en estos casos, debería favorecer las intervenciones psicosociales sobre las farmacológicas y los tratamientos sistémicos. Asimismo, se sugiere trabajar con estos pacientes sobre dos focos simultáneamente: un foco temático que especifica los patrones interpersonales recurrentes y otro foco asociado con los síntomas y la naturaleza de las necesidades del paciente. Alguien que pierde el trabajo porque cierra la empresa de aquel que sistemáticamente ha perdido trabajo por tener conflictos con sus superiores, es otro ejemplo del grado de complejidad del problema.

En tanto que el deterioro funcional y la complejidad del problema definen la intensidad (duración, frecuencia de las sesiones) y la modalidad del tratamiento (medicación, psicoterapia o forma combinada). Por último, cabe estipular que la mayor severidad del problema constituye una variable que indica la necesidad de incrementar la intensidad del tratamiento, como así también, la utilización de psicofármacos ya que contribuye a mejorar los resultados.

3. Nivel de Malestar

Es una variable que incide en la motivación al cambio. Es sabido que cierto monto de angustia en el paciente es necesario para que la terapia pueda iniciarse y sostenerse. Pero si el nivel de malestar es excesivamente bajo (apatía) o demasiado alto (angustia), el terapeuta tiene que intervenir para modificarlo. Los niveles altos de angustia o de apatía que se evidencian en sesión son indicadores para determinar si debemos como terapeuta darle al paciente apoyo o por el contrario es más conveniente confrontarlo.

4. NIVEL DE REACTANCIA

La resistencia, ya sea como estado (es la que aparece en sesión), o como rasgo de personalidad (la cual emerge en todos los contextos, no solo durante la sesión.), es una dimensión que permite establecer el grado de directividad de las intervenciones del terapeuta. Como se ha explicado anteriormente, las estrategias recomendadas para trabajar con pacientes con bajo nivel de resistencia son de tipo directivas (tareas específicas, preguntas cerradas) en tanto que, los procedimientos más adecuados para utilizar en sujetos que presentan altos niveles de resistencia, son de tipo No directivos (intervenciones paradojales, preguntas abiertas).

5. ESTILO DE AFRONTAMIENTO

Se refiere al patrón típico de respuesta del paciente frente a los eventos estresantes, es decir, describe el modo en que el individuo maneja la ansiedad. Se los clasifica en dos tipos de pacientes: externalizadores (extrapunitivos y proyectivos con *acting-out*) e internalizadores (autocríticos y autopunitivos). No es una dimensión dicotómica, sino que, en la mayoría de los casos, una persona puede usar combinaciones de ambos estilos dependiendo de la naturaleza del agente estresor o de las características del paciente. Por ejemplo, una paciente con estilo Internalizador puede decir: "estoy mal, deprimida, angustiada, mi novio me dejó, no sirvo para ser amada, todo me sale mal, nunca conseguiré pareja, me voy a quedar sola." Por el contrario, una paciente con un estilo externalizador y frente al mismo evento, expresa: "no tiene derecho a dejarme, es un maldito, fui a la casa y le rompí todo, me corté las venas y todo por culpa de él".

Como señalamos más arriba, en general, las personas usan estilos combinados, pero siempre existe un predominio de un patrón sobre el otro. El

estilo de afrontamiento define el *Foco de la terapia.* Cuando se trata de un paciente internalizador, el foco del tratamiento debe estar puesto en facilitar el *insight* (toma de conciencia) o también en la modificación de las creencias negativas sobre si mismos, las cuales obedecen a una atribución causal interna.

Mientras que, al trabajar con personas con un estilo externalizador, el foco tiene que estar puesto en la modificación de conductas y en el desarrollo de ciertas habilidades sociales y técnicas para controlar los impulsos, ya que, suelen atribuir su malestar, a las situaciones externas como a las circunstancias y a las conductas de otras personas (atribución causal externa). Por ejemplo, la mujer impulsiva, se va a beneficiar más con un trabajo de modificación directa sus conductas de *acting-out* que, con procedimientos que procuran el *insight*.

6. APOYO SOCIAL

El apoyo social e interpersonal se postula como uno de los más importantes predictores del resultado terapéutico y de su mantenimiento, es decir, también un efecto preventivo sobre las recaídas. El aspecto más gravitante del apoyo social es de tipo cualitativo, esto es, no interesa la cantidad de personas disponibles, sino la cualidad de las relaciones interpersonales, dimensión conocida como apoyo social recibido, el cual refleja la ayuda real recibida de los otros en encuentros sociales reales. El proporcionar afecto y compañía a un deprimido por parte de un miembro de la familia, ilustra bastante bien, el tipo de apoyo que estamos describiendo. Podemos decir entonces que, la sensación generalizada de que uno es querido y cuidado por otros y que estos otros le ayudarán en caso de necesidad real, constituye al bienestar psicológico y físico. El apoyo social, define el formato del tratamiento, el cual puede ser individual, familiar o grupal. Si el apoyo recibido es insuficiente o insatisfactorio, el paciente se beneficiará con la inclusión de otras personas en el tratamiento.

3. EL MODELO DE LARRY BEUTLER (STS)

L. Beutler y J. Clarkin (1990) como se ha descrito, han realizado un riguroso trabajo de investigación, conocido como "*Systemactic treatmente selection*" (Selec-

ción sistemática de tratamientos), el cual ha permitido establecer una serie de características clínicas para los pacientes y otra relacionada con los procedimientos utilizados por los terapeutas. El STS, busca maximizar el índice de correspondencia o "*maching*" entre ambos grupos, tarea que representa quizás, una de las contribuciones más significativas al campo de la psicoterapia de los últimos años.

Antes de encarar el análisis de las dimensiones mencionadas resultaría adecuado responder a la siguiente pregunta: ¿qué es un terapeuta efectivo? Un terapeuta efectivo es quien aplica los principios de cambio informados por la investigación, para saber cuándo hacer qué, con quién, dentro de un contexto o clima interpersonal contenedor para ese cambio, y en forma creativa. Los psicoterapeutas actuales adicionan intervenciones provenientes de diferentes modelos de tratamientos para ampliar el campo de procedimientos disponibles de manara de incrementar su habilidad para abordar las necesidades de aquellos que buscan servicios, mejorando los resultados con mayor libertad y flexibilidad, proceso conocido como de *integración.*

"Selección sistemática de tratamientos" (STS) se refiere a un modelo de psicoterapia prescriptiva el cual intenta establecer las bases científicas sobre la que se debería asentar la práctica psicoterapéutica. El criterio para delimitar y hacer concordar el tipo de procedimientos terapéuticos con las dimensiones de los pacientes que utiliza esta terapia, se derivan de una investigación de eficacia diferencial de diferentes modelos psicoterapéuticos organizados como selección sistemática de tratamientos (STS; Beutler & Clarkin,1990; Beutler & Consoli, 1992; Graw & Beutler, 1995)

Como todos los tratamientos prescriptivos disponibles, el STS evita teorías clínicas comprensivas de la psicopatología o de la psicoterapia. Como guía para las intervenciones propone en cambio, que el terapeuta se focalice en el diagnóstico de ciertas características específicas e individuales de los pacientes, lo que requiere a su vez, del uso de procedimientos y estrategias igualmente específicas. Exige pues, que los psicoterapeutas aprendan a identificar las claves clínicas que se encuentran en los pacientes, con la finalidad de poder establecer la presencia de componentes de rasgos y estados implicados en las diversas situaciones de entrevistas, ya que, son aspectos relevantes para el tratamiento, de modo tal que a partir de allí, se pueda seleccionar y ajustar las intervenciones terapéuticas en función de esos hallazgos.

En relación al entrenamiento del terapeuta, el STS enfatiza la importancia de conocer los principios claves del cambio terapéutico y además las estrategias para aplicar los mismos, No considera que el uso de alguna técnica particular sea menos importante que el uso de la creatividad derivada de las estrategias. Por ejemplo, un

principio- guía para el cambio terapéutico puede ser el siguiente: “la evitación emocional se aborda mejor confrontando al paciente con el suceso temido, aumentando inicialmente el grado de distress emocional y manteniendo al mismo tiempo esa confrontación hasta que la respuesta disminuya o se extinga” (principio de extinción). El principio nos informa acerca de lo que hay que hacer, pero deja librado al terapeuta la elección de cómo hacerlo. La terapia prescriptiva, basada en los principios del STS alienta al terapeuta a usar los procedimientos con los que se siente estar más preparado, de manera tal que, el terapeuta podrá elegir entre confrontar, aumentar o extinguir la respuesta evitativa, Entonces, un terapeuta puede usar una estructura formal de exposición in vivo, otro puede usar las técnicas de desensibilización imaginaria, y aun, otro puede implementar ejercicios de *rol playing*, como así también, otras formas de evitación emocional, permitiendo al terapeuta, conducirse con el mayor grado de libertad posible, considerando su propio estilo terapéutico, además de ejercitar al máximo la flexibilidad de manera creativa.

Beutler y su equipo, en los últimos años, han realizado una serie de consideraciones clínicas basadas en sus estudios investigativos, con el propósito de hacer más eficiente el trabajo del psicoterapeuta. Observaron por ejemplo que es más fácil establecer una buena alianza terapéutica con pacientes que tienen las siguientes características:

1. bajo nivel de resistencia
2. son cooperativos
3. bajo grado de impedimento o deterioro
4. bajo grado de malestar

Es así que, sostienen, que aún, para aquellos terapeutas más experimentados resulta muy difícil establecer buenas relaciones con pacientes muy resistentes. Otra de las observaciones efectuadas plantea que lo que hace el terapeuta está más relacionado con el resultado (*outcome*) del tratamiento que lo que hace el paciente. En este sentido postulan que los mejores terapeutas son aquellos que pueden poner en juego los siguientes recursos:

a) pueden elevar la intensidad de la sesión creando emoción;

b) son capaces de cambiar lo que hacen para adaptarse a cada paciente;

c) agregan a la psicoterapia otros tipos de tratamiento;

d) logran involucrar más al paciente con el tratamiento;

e) evalúan bien la resistencia del paciente y pueden ser no-directivos con los pacientes resistentes; esto es, pueden seguir al paciente en vez de guiarlo.

Por otro lado, han formulado un conjunto de elementos implicados, a modo de llaves para conseguir el éxito terapéutico. Ellos son:

1. *Actitud:* según L. Beutler es lo más importante. La actitud que se necesita es la de aceptación positiva incondicional, comprensión empática, cuidado por el otro, confianza en uno mismo y paciencia.
2. *Conocimiento:* tradicionalmente se lo ha considerado como el aspecto más importante, pero en la actualidad, se sostiene que la actitud terapéutica constituye la dimensión más relevante. Las actitudes son más difíciles de adquirir que los conocimientos.
3. *Tener herramientas disponibles***:** se refiere a contar con un lugar seguro al que la gente pueda a su vez, llegar fácilmente.
4. *Poseer diferentes técnicas y habilidades***:** como se ha mencionado anteriormente, el terapeuta debe aprender a manejar distintas técnicas y habilidades terapéuticas, a fin de, poder cambiar la modalidad de tratamiento ofrecida a los pacientes, como por ejemplo: terapia individual, familiar y/o grupal. Igualmente, deberá adquirir entrenamiento para utilizar técnicas para operar con distintos grados de directividad, y otras para subir el tono emocional de la sesión, entre otras.
5. *Tiempo**:*** saber cuándo es el mejor momento para la implementación de cuál es el tipo de intervención más apropiada para un paciente en particular, constituye una variable critica en la determinación de los resultados en terapia (cuando hacer qué con quién).
6. *Imaginación y creatividad*: poder desarrollar nuevas ideas

   Y aplicarlas de manera creativa y flexible correlaciona positivamente con mejores resultados. También, se enfatiza que en general, la mayoría de los profesionales son capaz de hacer más de lo que ellos mismos consideran que pueden realizar.

A continuación se describen las habilidades terapéuticas más significativas, que todo psicoterapeuta debería adquirir.

1. Habilidades que intensifiquen el largo del tratamiento

El tratamiento puede intensificarse variando la duración de las sesiones, la frecuencia y el tiempo total del tratamiento. Esto se combina con el grado de impedimento del paciente. Un paciente requiere un tratamiento más intensivo cuando:

- se trata de un problema de larga duración (crónico) que afecta al paciente en distintas áreas de su vida;
- cuando el paciente se encuentra solo, y no puede compartir su historia y sus secretos fuera del tratamiento, es decir, cuando no tiene red social.

2. *Habilidades para producir insight o para cambiar síntomas*

Esto se relaciona con el estilo de afrontamiento del paciente. Los pacientes internalizadores se benefician más de un tratamiento orientado al insight. Con los externalizadores es mejor focalizar en el cambio de síntomas específicos. De todas maneras, aún con pacientes internalizadores, es mejor focalizar en los síntomas al inicio del tratamiento.

Receta para cambiar síntomas:

- Registrarlo, contarlo y escribirlo
- Cambiar lo que pasó inmediatamente antes o inmediatamente después (cambiar las consecuencias)
- Probar y probar una y otra vez.

3. *Procedimientos para guiar al paciente y procedimientos para seguir al paciente*

El grado y el estilo de resistencia de los pacientes es muy difícil de reconocer. Solamente se puede hacer a través de la impresión clínica. Las investigaciones de Beutler y su equipo han demostrado que los test de personalidad son los mejores indicadores en lo que hace al estilo de afrontamiento (coping style) y el grado de resistencia de los pacientes.

4. *Habilidades para inducir relajación o para causar estrés o tensión durante la sesión*

Se correlaciona con el grado de distrés del paciente. Son habilidades para *inducir relajación* en el paciente cuando hay alto nivel de distrés, con el propósito de desarrollar habilidades en el autocontrol de la ansiedad. Funcionan bien las terapias de reaseguro y apoyo. Las sesiones deben ser con baja intensidad emocional.

Cuando se trabaja con pacientes apáticos, quienes tienen un monto muy reducido de angustia, el terapeuta debe desarrollar habilidades para *elevar el nivel de tensión* dentro de la sesión, lo cual suele ser más difícil. Se postula que al aumentar la tensión puede ayudar a subir la motivación del paciente.

Para elevar el tono emocional de la sesión se puede trabajar confrontando al paciente con lo que teme, bloqueando sus circuitos de evitación o trabajando la relación terapeuta-paciente en la sesión entre otras alternativas.

Capítulo X

EL AUTOCUIDADO DEL TERAPEUTA

“Aquel que no desarrolle recursos para afrontar el estrés
está condenado a la enfermedad, discapacidad o la muerte.”
Hans Selye

“Quien da luz debe soportar las quemaduras”.
Víctor Frankl

1. SÍNDROME DEL ESTAR QUEMADO (BURNOUT)

Como consecuencia del continuo e inevitable estrés laboral al que suele estar expuesto el terapeuta en su quehacer cotidiano, puede llegar a presentar síntomas importantes de agotamiento psíquico, emocional y físico, entidad conocida como ” síndrome del estar quemado” o “Burnout. Asimismo, es frecuente que el psicoterapeuta al ser testigo visual y auditivo del relato de historias dolorosas de los pacientes, tenga altas probabilidades de desarrollar a lo largo de su práctica profesional, otra complicación del estrés laboral conocida como el Desgaste por Empatía o “*Compassion Fatigue”*

Es bastante común que el síndrome del Burnout, afecte a aquellos profesionales que ofrecen servicios asistenciales : (enfermeros, capellanes, médicos, psicólogos, psicopedagogos, consejeros, terapistas ocupacionales, musicoterapeutas), social (asistentes sociales), educativo (maestros), jurídico (jueces, abogados) y espiritual (pastores). En tanto que, desde hace varios años, el Parlamento Europeo, ha destacado como factores de riesgo en relación a las profesiones asistenciales, el desfase existente entre el espíritu altruista implícito a este marco de actividades, la formación recibida y la realidad laboral, para la aparición del síndrome. Estas profesiones están ligadas a una ética humanista de asistencia a la comunidad, con una

fuerte identificación vocacional y un sistema consistente de expectativas laborales que no siempre encuentran su reflejo en las correspondientes estructuras organizacionales**.**

Por otro lado, fue Herbert J. Freudenberger quién acuñó el término "quemado", el cual proviene del campo de la industria aeroespacial y designa un defecto en la carburación, un agotamiento, cuyo resultado es un calentamiento excesivo y la rotura de la máquina. Freudenberger hizo extensiva la metáfora para describir un particular estado de agotamiento, desgaste o fatiga psíquica acompañada de aflicción, que resulta de la frustración o del fracaso de "una devoción hacia una causa o hacia un modo de vida (una profesión) o una relación que fracasó al intentar producir la gratificación esperada".Este autor, creador no sólo de la nomenclatura que define a la patología, sino investigador de la misma, afirmó que quienes se queman son aquellos que se exigen desproporcionadamente de sí mismos y los describió como idealistas que tratan de incrementar su autoestima proponiéndose proyectos grandiosos como consecuencia de su inseguridad. Y desembocan en un dolor moral y en un vacío interior asociado con la caída de su ideal respecto de su profesión. Subrayo esa característica original que contiene la clave que instituyó la diferencia entre *burnout* y *estress*,

El *burnout* toma semanas, a veces años antes de emerger por lo cual es un proceso a través del cual un profesional de la salud se vuelve infructífero para manejar el estrés al que se ve sometido frecuentemente a raíz de relacionarse con otras personas en un contexto de ayuda. Su iniciación es lenta, y en el proceso se han descrito cuatro etapas características:

1) Fase de entusiasmo: el profesional recién recibido puede comenzar a cumplir con sus metas vocacionales tanto en forma independiente o ingresando en una institución. (hospital)

2) Fase de agotamiento: se reafirma en esa ilusión de ser importante sin advertir que sus ideales han sido sustituidos por las metas de la institución para la cual trabaja (hospital) y a las que debe adecuarse para mantener su lugar, situación que lo empobrece en diversos niveles: no dispone de tiempo suficiente para estudiar y sus ingresos económicos no son suficientes para recurrir a cursos de perfeccionamiento y actualización mediante revistas especializadas. Comienzan a aparecer síntomas físicos (fatiga permanente, insomnio, cefaleas, dorsalgias, disminución del deseo sexual, gastritis, estado de tensión, otros) y psíquicos (irritabilidad, tristeza, depresión, disminución de la memoria, distracciones, olvidos, confusiones, otras). Con

frecuencia busca refugiarse en el alcohol y el tabaco. Altera su ritmo de comidas aumentando o disminuyendo la ingesta.

3) Fase de frustración que corresponde al colapso de la enfermedad, se hace cargo de sus frustraciones, acepta no recibir las gratificaciones que esperaba, asume el malestar que le produce trabajar con víctimas a las que no alcanza a resolverle sus necesidades como querría y tal como lo imaginó mientras era estudiante y no se siente identificado con la profesión ni con la institución. Se retrae o se muestra malhumorado respecto de sus compañeros y de sus actividades. A medida que transcurren los meses los profesionales desgastan su capacidad para sentir y cuidar de otros, es decir, colapsa su capacidad de compasión que le permitía sentir empatía hacia las víctimas.

4) Fase de exhaustación: es posible registrar que ha perdido toda empatía con su actividad; busca gratificaciones en otras áreas, por ejemplo tratando de escribir y publicar, o si advino a la situación de jefe o director, presenta trabajos en congresos, o se interesa por aparecer en los medios de comunicación buscando en el público algún reconocimiento y alguna satisfacción. El *burnout* también se evidencia mediante síntomas que se expresan en los niveles cognitivos que afectan el desempeño del trabajo: se advierte incompetencia para tomar decisiones, disminuye la imaginación en la selección y creación de recursos, reiteradamente padece olvidos (no recuerda citas programadas, olvida su agenda o su cartera, etc.); surgen estados de embotamiento que interfieren su producción y es notoria la dificultad para concentrarse.

Maslach y Leiter (1997), definen al síndrome de *burnout* como una manifestación comportamental prolongada en el tiempo, específica del estrés laboral, caracterizado por tres componentes esenciales:

a) agotamiento o fatiga emocional;

b) despersonalización;

c) baja realización personal en el trabajo

a) *Agotamiento emocional:* se refiere a la pérdida de la energía o de los recursos emocionales propios, debido al contacto "diario" mantenido con personas a las que hay que atender como objeto del trabajo. Describe los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta.

b) *Despersonalización*: comprende a los sentimientos negativos, actitudes y conductas de cinismo dirigidas hacia las personas destinatarias del servicio y también a las personas en general. Ellas son vistas por los profesionales de manera

deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo. La percepción deshumanizada puede llevar a contemplar a los distintos usuarios como “objetos” o “merecedores” de sus problemas.

c) *Realización personal reducida en el trabajo*: consiste en la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, de modo tal que, esa forma especial de estimación negativa, termina afectando su habilidad en la realización del trabajo y también su relación con las personas a las que presta sus servicios. Es así como los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con los resultados laborales.

Desde la perspectiva de la teoría del estrés, el Burnout *constituye una condición crónica de demandas percibidas que desbordan los recursos* percibidos. Otra manera de conceptuar el síndrome de agotamiento psicofísico o burnout se basa en considerarlo como *un estado de fatiga o frustración causado por la devoción a una causa, modos de vida o relación que fallo en producir la recompensa.* Como se ha señalado anteriormente, el burnout es un proceso más bien que un estado, el cual empeora progresivamente. Ese proceso incluye tres elementos:

- una gradual exposición a la tensión del trabajo;
- se da por acumulación intensiva de contactos con clientes;
- erosión del idealismo y falta de logros.

Quizás el rasgo esencial que permite definir al *burnout* y que a su vez lo diferencia de las otras entidades relacionadas con el estrés, es precisamente su afectación en el plano de los ideales. Marjolaine Marcil (1991) acertó poéticamente al sintetizar el núcleo diferencial del *burnout,* respecto de otras patologías: “Este mal del alma en duelo por su ideal corresponde a un desgarro sentido en lo más profundo de sí mismo, que logra exteriorizarse”.Así, pues ,que algunos autores han llamado al burnout la “enfermedad de la idealidad” donde se resquebraja esa fuerza impulsora de nuestros sueños, aspiraciones, deseos y tendencias, generando profundos sentimientos de frustración y desilusión, y que culmina afectando el sentido de propósito en torno a nuestra realización personal (entendido como el proceso de convertirnos en lo que queremos llegar a ser a través del trabajo). En tanto que, en muchos profesionales el burnout también puede producir un daño a la identidad profesional generando una verdadera crisis vocacional, la cual también lo distingue del estrés. No es infrecuente que el profesional llegue a preguntase para qué ha elegido esa profesión o carrera, y a partir de allí comience a plantearse seriamente la posibilidad de dedicarse a otra actividad.

Sintomatología

1. Síntomas físicos: fatiga, anergia, cefalea, insomnio, somatizaciones, tensión muscular, disminución de la libido, alteraciones del sueño y el apetito.

2. Síntomas psicoemocionales: irritabilidad, pérdida de interés, abulia, culpa, desesperanza, anhedonia, insatisfacción, sensación de vacío, tristeza, depresión y deterioro de la autoestima.

3. Síntomas conductuales: reactividad, agresividad, aislamiento, abuso de sustancias, conductas compulsivas

4. Síntomas relacionados con el trabajo: disminución del rendimiento. Absentismo, faltas justificadas y sin justificar, tardanzas, mayor rotación, aburrimiento.

5. Síntomas interpersonales: conflictos, insensibilidad, desconexión con los otros o aislamiento de los colegas.

6. Síntomas cognitivos: dificultad para tomar decisiones, olvidos de citas programadas, y de temas de agenda, disminución de la concentración.

7. Cambios espirituales: pérdida de fe y del sentido laboral, crisis de creencias y valores, crisis vocacional (vivencias de incompetencia y fantasías de abandono o cambio de trabajo).

Facilitadores personales

- Sexo: en los hombres es más frecuente la despersonalización, en tanto que en las mujeres el cansancio emocional y falta de realización suelen tener los índices más altos.
- Edad: se plantea que cuanto mayor es la edad del profesional menor es la presencia de síntomas de estar quemado. Entre los 20 a25 años el índice de agotamiento es más bien bajo. Desde los 25 a 40 años es el período de mayor riesgo de agotamiento y de desgaste profesional. A partir de los 40 años los porcentajes vuelven a reducirse. Se podría comparar el ciclo de vital profesional, con las etapas del ciclo vital por la que atraviesa cada persona durante su desarrollo: 1) “etapa uterina” (universidad); 2) “etapa de la niñez“ (primeros pasos como terapeuta); 3) “etapa de la adolescencia“ (osado e intrépido asumiendo muchas veces un cuidado irresponsable o con mayores riesgos); 4) “etapa de la madurez” (después de los 40 años, existen, en general, más recursos de afrontamientos y un cuidado más

responsable (se acompaña de más antigüedad en el puesto y en la profesión); 5) “etapa de post madurez” (existen profesionales que a una edad muy avanzada de sus vidas conservan sus capacidades intelectuales intactas y continúan entregando la riqueza de sus conocimientos y su experiencia).

- Estado civil: se ha podido constatar fehacientemente que los profesionales casados tienen índices menores de *burnout* en diferentes profesiones. El apoyo socioemocional recibido por parte de los familiares (esposa o esposo) y la calidad de las relaciones conyugales, así como también el grado de satisfacción conyugal, son algunas de las variables encontradas como más significativas.

Variables de personalidad

A continuación se describen las características de personalidad más comunes asociadas con la aparición del *burnout* y el desgaste por empatia. Ellas son:

1) *Personalidad tipo A:* son individuos que presentan ciertos rasgos como: impaciencia, velocidad excesiva, urgencia temporal, esfuerzo por el logro, competitividad, agresividad y hostilidad, compromiso excesivo por el trabajo teniendo mayor exposición a los factores de estrés (sobrecarga de rol) y disminución del tiempo para actividades saludables. Son personas proclives al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

2) *Neuroticismo:* evalúa la tendencia general a experimentar afectos negativos además de la susceptibilidad al estrés psicológico. Está compuesto por las siguientes facetas: *ansiedad, (*mide la tendencia a experimentar miedo, tensión, preocupación excesiva, nerviosismo) *agresividad y hostilidad* (enojo, frustración, amargura, irritabilidad) *depresión* (tristeza, soledad), *autocrítica* (timidez, vergüenza, sentimientos de inferioridad), *impulsividad* (fumar, comer) y *vulnerabilidad al estrés* (dificultad para controlar el estrés).

3) *Adicción al trabajo*: Es una persona que dedica a su trabajo más tiempo de lo que le es exigido por la situación. Para Deutsh, los adictos al trabajo no son aquellos que dedican más horas de las necesarias sino los que hacen del trabajo el punto central de sus vidas, hasta el extremo de no dedicar atención alguna a otras actividades. Lo más importante es la actitud hacia el trabajo, basada en el temor a dejar de estar en uno de los primeros puestos laborales o a no satisfacer los estándares fijados por la institución y en consecuencia llegar a perder el empleo. Existe un com-

promiso irracional con el trabajo perdiendo completamente otros intereses. *Overbeck* define al adicto al trabajo como la persona que sufre por su involuntaria incapacidad para romper con la compulsión a trabajar.

En resumen, una persona presenta una adicción al trabajo cuando:

- Tiene una excesiva dedicación laboral
- Hacer de ella el único objetivo de su vida
- Presenta desinterés por todo lo que no sea su trabajo
- Muestra un incapacidad para parar de trabajar

4) *Locus de control:* El locus de control es un concepto introducido y desarrollado por Rotter, en el contexto de una teoría del aprendizaje social, el cual se refiere a las creencias que tiene una persona sobre si es su conducta o un factor externo fuera de su control, los que determinan los acontecimientos de su vida. Los sujetos con "Locus de control interno" (LCI) perciben que los sucesos son contingentes con su conducta, mientras que las personas con Locus de control externo (LCE) no consideran que los sucesos son contingentes a su acción, sino que atribuyen los resultados a los agentes incontrolables tales como la suerte, el destino, o fuerzas sociales muy poderosas.

Los profesionales con Locus de control externo son más propensos a sentirse quemados por el trabajo, es decir, son individuos que experimentan con más frecuencia bajos sentimientos de realización personal en el trabajo que los sujetos con locus de control interno. Estas, al tener como creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por sus propias decisiones y acciones tienen más control de la situación que viven, lo cual incide positivamente en la búsqueda de recursos de afrontamiento para resolver el problema y a su vez recurren con mayor frecuencia al apoyo social. En tanto que las personas con LCE, al atribuir a fuerzas externas a ellas como por ejemplo otras personas, la suerte o el destino, son más propensos al desamparo y al empleo de estrategias de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

5. *Personalidad Resistente* o *Hardiness* de Kobasa

Constituye una variable de personalidad protectora frente a los inevitables agentes estresantes de la vida cotidiana y del estrés laboral. Se postula que el individuo puede tanto crear como reaccionar ante los acontecimientos vitales de su vida

y a su vez tanto tolerar como enriquecerse de las situaciones estresantes. La personalidad resistente tiene tres componentes esenciales. Ellos son:

1. *El compromiso*

Capacidad para creer en la verdad, importancia e interés del valor de lo que uno es y está haciendo y, por lo tanto, la tendencia a implicarse uno mismo en las diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales, actividades recreativas y sociales), y también de poder lograr determinadas metas y propósitos, conforme a sus propios valores y principios. Una persona con compromiso es aquella que protagoniza y hace o propicia que las cosas ocurran y se interesa además en su propio bienestar y en el bienestar de los otros. La cualidad de compromiso entraña un sentimiento de comunidad, una sensación de pertenecer, de disposición de ayudar a otros y de recibir apoyo.

2. *El control*

Se refiere a la tendencia a creer que uno mismo influye en los eventos y resultados de sus acciones. Los sujetos tienen sentimientos altos de autoeficacia y se corresponde con el Locus de control interno: buscan explicaciones sobre el por qué de los hechos, enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de otros, del azar, o del destino. La cualidad de control es la propensión a pensar y actuar con la convicción de que son ellos y no la casualidad o los demás, quienes deciden o pautan el curso de los acontecimientos. Ante el fracaso, no se culpan ni reprochan a los demás sino que asumen su propia responsabilidad, al sentirse capaces de cambiar el curso de los acontecimientos en la dirección de las propias metas y valores.

3. *El reto o desafío*

Se basa en la creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida y perciben los cambios como oportunidades para desarrollarse más que, como amenaza a su seguridad. Asimismo buscan nuevas experiencias, y se aproximan a ellas con flexibilidad cognitiva. Para una persona *hardiness*, los cambios son oportunidades de crecimiento y mejoramiento humano, más que, como un peligro o amenaza. Son optimistas y esperanzados.

El estilo personal de percibir e interpretar las desdichas o desventuras está determinado por tres tipos de causas: a) Estables o Inestables; b) Globales o Específicas; y c) Internas o Externas.

Por ejemplo, si fracasé en una relación afectiva puedo dar una variedad de razones (inestable) pero si doy siempre la misma explicación (estable) "yo siempre

pierdo todas las relaciones afectivas”, puedo esperar que eso se repita (desamparo) frente a los eventos malos. Si la explicación es global es decir si generalizo mi indefensión de un contexto dado a todos los aspectos de mi vida “soy un incapaz”, “nunca hago nada bien”, mis expectativas serán que sucedan otras cosas malas en otras áreas (dinero, amigos, etc.), y sentirme un fracasado o un desamparado. Por último, si mi explicación busca razones internas más que externas “es mi culpa no la de mi pareja” probablemente mostraré signos de baja autoestima y tendré mayor tendencia a caer en al depresión. En síntesis quien tiende a explicar los acontecimientos negativos de la vida en forma estable, global e interna, esto es, siempre igual, afectando todo lo que hace y atribuyéndose la culpa de todo, corre serio riesgo de deprimirse ante el infortunio e incrementar sus posibilidades de enfermar y morir (Perfil del desesperanzado o pesimista).

Variables organizacionales

Desde la perspectiva organizacional el *burnout* es reformulado no como una entidad individual o como un problema subjetivo, sino como una entidad institucional, de tipo más contextual.

El estrés de rol puede adoptar la forma de ambigüedad o conflicto. En cuanto al primero, el trabajador no tiene claridad respecto de cuales son los alcances de su desempeño laboral, es decir, desconoce cuales son las funciones específicas que deber realizar de acuerdo a las expectativas que se tienen de él y en relación al segundo, el estrés surge como consecuencia de desempeñar un rol que entra en colisión con la función que otro trabajador ejercita dentro del mismo ámbito laboral. La asignación de roles no deseados o sin contar con la competencia necesaria, son otras modalidades del estrés de rol.

Asimismo se ha podido constatar fehacientemente que la ausencia de incentivos, o la falta de reconocimientos del accionar del trabajador constituye uno de las variables más estresantes, además de producir intensos sentimientos de insatisfacción laboral. Por otro lado, cabe mencionar, que los equipos también se queman y de este modo suelen producir mucho sufrimiento en sus integrantes. En los equipos desgastados es frecuente encontrar los siguientes comportamientos y patrones interaccionales: coaliciones, el fenómeno de chivo expiatorio, mayor aislamiento de sus integrantes, conductas hostiles, situaciones de deslealtad, dificultad para poder decir la verdad. El burnout, a nivel institucional puede ser evaluado a través de los siguientes indicadores laborales:

- Tasa de mortalidad y suicidios

- Prevalencia e incidencias de enfermedades
- Abandono del trabajo y el empleo
- Accidentes
- Bajas laborales (depresión, alcoholismo, ansiedad)
- Jubilaciones anticipadas
- Precariedad laboral
- Absentismo
- Retrasos horarios
- Incumplimientos de tareas
- Alta rotación del cargo

Situaciones clínicas altamente estresantes

Diversos escenarios clínicos provocan habitualmente altos niveles de estrés en el terapeuta, incrementando el riesgo para desarrollar tanto el síndrome del *burnout* como el desgaste por empatía:

- Pacientes con ideas e intentos de suicidio
- Bronca hacia el terapeuta
- Deprimidos graves
- Terminación prematura del tratamiento
- Apatía del paciente
- Pacientes que no mejoran o empeoran
- Sufrimiento infantil
- Problemas de violencia
- Pacientes con trastorno de estrés postraumático
- Pacientes terminales
- Cuestionamiento a la competencia e idoneidad del terapeuta
- Pacientes adictos
- Emergencias médicas

2. DESGASTE POR EMPATÍA (*Compassion fatigue)*

McCann y Pealman (1990), describen el trastorno de estrés traumático secundario o compassion fatigue, como una “traumtización vicaria”, debido a una acumulación de recuerdos vinculados con el material traumático de los consultantes, y que además afecta la perspectiva del terapeuta con relación al mundo, a la vez que es afectada por ésta. Se entiende por compasión, un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas. En tanto que, las experiencias traumáticas son aquellas que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas, las cuales serían a su vez notoriamente angustiantes casi para cualquier individuo, como por ejemplo: violación, accidente, guerras, catástrofes naturales, muerte inesperada de un ser querido entre otras.

Según Charles Figley, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros pacientes y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo.

El trastorno de estrés traumático secundario o compassion fatigue, se diferencia fundamentalmente del burnout, (el cual surge gradualmente) en el hecho de que puede aparecer en forma repentina, sin haber dado muchas señales de advertencia y además porque el sujeto se siente desvalido y confuso, y piensa que está aislado de quienes podrían ayudarlo.

Componentes

El desgaste por empatia tiene tres componentes que interactúan entre si, ejerciendo un efecto sinérgico.

1- Traumas primarios

2- Burnout .

3- Traumas secundarios.

Si una persona padece de un estrés traumático primario, sus recursos de resiliencia disminuyen considerablemente, haciendo más vulnerable al sujeto para el desarrollo del *burnout* y el trastorno de estrés traumático secundario. Por otro lado, si alguien desarrolla un *burnout*, la sintomatología del trauma primario se eleva y al aumentar los síntomas del estrés primario, disminuye en consecuencia la resiliencia para el desgaste por empatía.

Síntomas precoces

A continuación se describen los síntomas iniciales más comunes en la presentación del desgaste por empatía:

1. Perdida del sentido del humor.
2. Bronca.
3. Perder el sentido de propósito.
4. Perdida de la fe no necesariamente religiosa.
5. Dudas que lo quieran.
6. Dificultad para separar la vida profesional de la personal.
7. Perdida de esperanza.
8. Baja tolerancia a las frustraciones, e incremento de episodios de ira y bronca.
9. Miedo a trabajar con ciertos pacientes
10. Deseos de no estar.

3. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL BURNOUT Y EL DESGASTE POR EMPATÍA

El concepto control del estrés es un concepto más amplio que el de afrontamiento, ya que integra tanto estrategias centradas en el individuo como en la organización y a su vez toma en cuenta los aspectos preventivos como los procesos de intervención (tratamiento y recuperación).

El término afrontamiento del estrés se emplea por lo general para hacer referencia al conjunto de respuestas, estrategias de comportamiento y reacciones de los individuos sometidos a una experiencia percibida como estresante. Los principales objetivos de esas respuestas consisten en la reducción y control de las demandas internas y externas de la situación. Básicamente las estrategias de afrontamiento, consisten en la modificación de los procesos psicológicos que toman parte en la experiencia del estrés (procesos de apreciación de la situación) y del control de los efectos negativos de esa situación, bien sea a nivel fisiológico (técnicas de relajación y respiración), cognitivo (técnicas de reestructuración cognitiva) o comportamental (desensibilización sistemática).

Ivancevich (1990), propuso distinguir por una parte, el nivel donde se centra la intervención (individual, organizacional o a nivel del interfaz individuo–organización) y por otra, el objeto de cambio de la intervención (control de estresores, procesos de apreciación o estrategias de afrontamiento) A continuación se presentan una serie de principios activos para el manejo del estrés y la ansiedad, los cuales tienen un amplio respaldo en la investigación y están a su vez centrados fundamentalmente en el individuo.

Psicoeducación. Reconocimiento y aceptación.

E, Gentry, postula que *el primer paso* para la superación del *burnout* y el desgaste por empatía se basa en que el profesional reconozca y acepte los síntomas y sus causas, a la vez que_tome la determinación de abordarlos y resolverlos. Este enunciado supone el reconocimiento oportunamente de los malestares, habilidad poco común, ya que existe en general, en el terapeuta, una actitud de negar u ocultar los síntomas de burnout y el desgaste por empatía, por creer que uno no es competente o no está preparado para ejercer su función de terapeuta. Por ejemplo, puede decirse a si mismo: "No sirvo para hacer éste trabajo".

Además, es frecuente que el profesional ignore los síntomas físicos y emocionales del estrés como expresión de rasgo de su personalidad, actitud que está fuertemente potenciada con la tendencia a desconectarse de si mismo como sujeto de ayuda y centrarse completamente en el paciente. Esa actitud de preocupación y atención excesiva y exclusiva del terapeuta sobre el paciente, en contraste con su descuido en su atención personal mientras está desempeñando su tarea, acentúa su vulnerabilidad para el desarrollo del burnout y el desgaste por empatía. En algunos casos se produce un debilitamiento progresivo, con síntomas somáticos, vergüenza y dolor asociados a conductas autodestructivas. Los síntomas en este sentido, son señales de alarma, que llaman nuestra atención, para cambiar o modificar algo, porque la manera en como estoy trabajando y viviendo me está lastimando. La ausencia de anticuerpos efectivos para permanecer resilientes e intencionales es propia de una profesionalidad inmadura.

El segundo paso consiste en establecer metas y objetivos personales y profesionales para comenzar a alejarse de la reactividad ansiosa y acercarse a la intencionalidad del presente.

Intencionalidad del presente

La intencionalidad es una habilidad interpersonal, basada en una decisión conciente y voluntaria para ser quien digo quien soy en el contexto de la interacción con

otros. Es mi habilidad de dirigirme a mí mismo y de elegir o decidir como quiero comportarme en un contexto determinado. Está ligada a la transparencia, a la autenticidad, a la capacidad de mantenerse fiel a sus principios. Asimismo para avanzar en el adiestramiento de la intencionalidad es necesario establecer claramente cuales son los objetivos profesionales y personales de vida más importantes.

La intencionalidad y estado o presencia no ansiosa van juntas, al igual que la reactividad y presencia ansiosa. Bajo estados de ansiedad no se puede crear lenguaje, mediador del pensamiento, y si no hay lenguaje no se puede pensar, entonces es factible volverse más reactivo. Todos los días percibimos amenazas (estrés), pero si percibo amenazas que no son peligrosas, entonces estoy a salvo, por lo cual, en lugar de huir o luchar, lo que tengo que hacer es relajar mi cuerpo, tranquilizarme antes de intervenir en el contexto, desde el lugar de una presencia no ansiosa, manteniendo todas mis habilidades, mi capacidades, mi intencionalidad.

Técnicas de respiración para controlar la ansiedad

Brindar servicios asistenciales mientras se sufre de ansiedad intensa aumenta la posibilidad de desarrollar síntomas de Burnout y el desgaste por empatía. Mantener un estado no ansioso (equivale a tener los músculos del piso de la pelvis relajados), de lo contrario vamos a percibir como amenazas a las personas, objetos y situaciones ante las cuales respondemos con ansiedad.

Es muy recomendable para el terapeuta, diseñar un plan de autocontrol o autorregulación de la ansiedad que les permita alcanzar y sostener un estado o presencia no ansiosa in vivo (capacidad de mantener un nivel relajado de conciencia y bienestar dentro del propio cuerpo)

La capacidad de permanecer no ansioso al enfrentar el dolor, el horror, la pérdida y la impotencia asociados a las experiencias traumáticas de los pacientes, es decir, ser testigo tranquilo de la situación, es el ingrediente clave en la superación y prevención del desgaste por empatía.

La capacidad de regular y calmar la ansiedad y el estrés se entiende como un signo de madurez. El dominio de estas habilidades se adquiere con años de práctica.

Para conseguir un estado o presencia no ansiosa se deber permitir que nuestra conciencia se asiente en el abdomen (autoconciencia corporal en el aquí y ahora). El procedimiento consiste en los siguientes pasos:

1- Respirar con el abdomen y pelvis

2- Concentrarse en relajar los músculos pélvicos.

Cada vez que se toma conciencia del cuerpo y se perciban tensiones debería ser una señal para relajarse. El desafío para el terapeuta es poder ser capaz de atender a su cuerpo mientras se encuentra atendiendo las demandas del paciente. De lo que se trata es de poder desarrollar una actitud con un foco doble: uno puesto en el cliente y otro simultáneamente en su propio cuerpo. Desde éste paradigma, ser verdaderamente empático, requiere de la comprensión del otro, al mismo tiempo de estar conciente de su propio cuerpo (auto empatía). Nuestro self, no nos permite vivir en un estado de dolor y nos fuerza a manejar la ansiedad. Lo que hace falta es un deseo obstinado de seguir conectado con el cuerpo**.** Un rasgo central de la persona estresada además de vivir mal, infeliz e insatisfecha, es su pertinaz agresión hacia su calidad de vida personal y laboral.

A continuación se describe en forma breve el procedimiento más efectivo para relajar el cuerpo, el cual consiste en los siguiente:

1- En la inhalación, el abdomen se expande, debiendo llevar el aire hasta los músculos pélvicos (es lo más importante).

2- Al mismo tiempo se debe mantener la concentración en los músculos del suelo pélvico para relajarlos.

3- La exhalación es suave, sin esfuerzo y natural

Es un proceso nunca perfecto ,en el sentido de que cuando volvemos al cuerpo y lo encontramos tenso, esa tensión se convierte en una nueva señal para volver a relajarlo. Si permanecemos inconscientes estando fuera del cuerpo permanecemos en un estado de distrés permanente. Desde este paradigma , el Burnout en el terapeuta , se desarrolla al desconectarse de sí mismo para focalizarse en el paciente. Resumiendo, se podría decir que la habilidad de calmarme a mí mismo constituye uno de los recursos de mayor ayuda para prevenir y curar el burnout y el desgaste por empatía.

Desensibilización Sistemática. Principio de Inhibición recíproca.

El objetivo principal del tratamiento del trauma es la desensibilización, es decir la eliminación de la respuesta condicionada al trauma (síntomas del trastorno por estrés postraumático).

Wolpe, postula su principio general en la siguiente hipótesis: Si en presencia de los estímulos que evocan la ansiedad se puede provocar una respuesta antagónica a la ansiedad, de forma tal, que la respuesta vaya acompañada de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad, entonces, el vínculo o el nexo en-

tre los estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitarán. Aplicado a los individuos traumatizados la hipótesis podría formularse de la siguiente manera.

La hipótesis de la inhibición recíproca predice que si, luego de la traumatización (o sensibilización) es decir, el aprendizaje de asociar el evento traumático con el sentimiento subjetivo de distrés, la persona rompe tal asociación (desensibilización), se elimina el estrés negativo. Esto es inhibición recíproca espontánea, o como lo definía Wolpe, una inhibición condicionada, un debilitamiento permanente de la conexión entre la cura aprendida originalmente y su respuesta. Eliminar la respuesta de la ansiedad de esta manera, permite al terapeuta acercarse a una recuperación. Al tener menos distrés y al estar menos reactivo, el terapeuta puede no sólo recordar sus metas más eficazmente, sino que, también puede reflexionar sobre ellas con mayor claridad, en terapia, así como también en la vida.

La hipótesis de la inhibición recíproca explica cómo se debilitan respuestas antiguas gracias a respuestas nuevas. Wolpe, afirmó que, esto se logra con el proceso de desaprendizaje mediante la inhibición recíproca.

4. AUTOCUIDADO DEL TERAPEUTA

V. Frank, al decir quien da luz debe soportar las quemaduras, nos está entregando una sabia advertencia, la cual alude a los riesgos de nuestro trabajo y al mismo tiempo, constituye una clara exhortación hacia el cuidado responsable del terapeuta . Específicamente, el autocuidado del terapeuta, se refiere a la capacidad de nutrirse y recuperar energía mediante métodos saludables. Es habitual que, los profesionales asistenciales sientan ansiedad, durante y después de trabajar con ciertas personas, sobre todo con traumatizados, con quienes el esfuerzo es mayor en el trabajo. Esto lleva muchas veces, al desarrollo de conductas compulsivas, y a violar los límites y la ética profesional.

La calidad e integridad de la relación terapéutica dependen de que el terapeuta proteja su instrumento de trabajo, el self del terapeuta. Cuando el terapeuta no lleva una vida rica y gratificante, tanto dentro como fuera del ámbito profesional, tiende a ver el trabajo como la única fuente de felicidad. Desde allí, actúa desde una posición de agotamiento de recursos y carencia. El ciclo diario que va del agotamiento a causa del trabajo a la recuperación de la energía fuera del mismo, probablemente sea a lo que se refiere Frankl cuando nos desafía a “soportar las quemaduras” o a vaciar y descomprimir la contaminación acumulada. También una buena alimentación, arte, actividades físicas y recreativas al aire libre y por sobre todas las cosas, cultivar la dimensión espiritual o un sentido trascendente de la vida.

En relación a las actividades físicas, diversos estudios muestran que, uno de los aspectos más importantes para contrarrestar los efectos deletéreos de la ansiedad, lo constituye la práctica de ejercicios físicos. Se sostiene que ninguna conducta tomada aisladamente parece ser tan importante, como recurso de afrontamiento para el control de la ansiedad, como la actividad física aeróbicas, realizada en forma sistemática.

Una estrategia importante del autocuidado, se refiere a recobrar o adquirir la capacidad de registrar oportunamente los malestares. Un numero significativos de los trastornos que se describen como consecuencia del *burnout,* se relacionan con la ausencia de un registro oportuno por parte del terapeuta, acerca de las fuentes de estrés o malestar, lo cual lleva a una acumulación de tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en enfermedades diversas y están además asociadas a conductas autodestructivas o compulsivas (comer en exceso, gastar, consumir drogas y/o alcohol). Por consiguiente algunos profesionales reconocen haber violado los límites y la ética profesional creyendo erróneamente que merecían un trato "especial".

Estrategias individuales para el autocuidado

1. Registro oportuno y visibilización de los malestares.

2. Vaciamiento y descompresión: la contaminación acumulada, mediante la narrativa de las experiencias acumuladas.

3. Mantenimiento o creación de áreas personales libres de contaminación.

4. Preservar de no contaminar con material de trabajo a nuestras redes de apoyo más significativas, como son nuestros hijos, parejas, amigos y parientes, ya que al no contar estas, con las competencias específicas para manejar esas problemáticas, es probable que puedan sentirse abrumados con nuestro relato.

5. Participación en actividades gratificantes y de disfrute diferentes a las del trabajo. Para Csikszentmihaly la experiencia de disfrutar contiene ocho componentes importantes. Ellos son:

- La tarea constituye un reto o un desafío y exige habilidad.
- Demanda la capacidad de concentración.
- Tiene objetivos claros.
- Proporciona una respuesta inmediata.
- Se actúa sin esfuerzo y con una profunda involucración, que aleja las preocupaciones y frustraciones de la vida cotidiana.
- Lleva a ejercer una sensación de control sobre las propias acciones.

- Se pierde el sentido de sí mismo, al estar tan imbuido en la experiencia del disfrute.

- Se altera el sentido de la duración del tiempo haciendo que las horas parezcan minutos.

6. Perfeccionamiento y capacitación: aprender hacer las cosas de un modo diferente y novedoso ejerce un efecto estimulante, y gratificante.

7. Ubicación de la responsabilidad donde corresponde (no ir más allá de sus propias competencias y además aprender a establecer límites claros, como por ejemplo no llevar el trabajo a su casa).

8. No trabajar aislado**,** contrarresta el sentimiento de aislamiento desconectado que habitualmente está presente en las personas que se agotan y se desgastan.

9. Tener un tiempo sin contacto con otros compañeros.

10. Usar el humor para lidiar con el estrés laboral es una herramienta eficaz.

11. Realizar actos de servicios y actividades sociales, ya que ,también ayudan a combatir el sentimiento de soledad y las conductas de retraimiento tan frecuentes en ambas entidades (*burnout* y *compasión fatigue*).

12. Grupos de estudios y supervisión formal.

Según Laurie Peralman, dar y recibir supervisión alivia la carga emocional sufrida por el terapeuta. La supervisión en grupo puede promover la conexión con la realidad. Es conveniente que, gran parte de la supervisión se destine a los sentimientos y repercusiones personales del terapeuta.

El terapeuta debe consultar sus problemas con algún colega en quien confíe. También puede buscar una supervisión formal. Por último está la opción de la terapia personal.

1. Grupo de deportes

2. Apoyo social:

Se entiende como apoyo social, a la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros. La sensación generalizada de que uno es querido y cuidado por los otros y que estos otros le ayudarán en caso de necesidad real, disminuye el valor amenazante de los agentes estresantes. La disponibilidad de apoyo percibida, reduce las estimaciones de estrés y ejerce una acción proactiva, que fortalece el sentimiento de autoeficacia, Es conveniente incluir la dimensión valorativa del apoyo social recibido por el receptor, en función de que, a veces no es apreciado o es contraproducente. Por otro lado, a nivel personal, la falta de apoyo proporcionado por una relación íntima, estable y confiable, es el factor más importante

de vulnerabilidad para el estrés y la depresión (Sino se tiene intimidad y si no se puede confiar en el otro, hay más vulnerabilidad).

Con todo, el remedio más eficaz contra el TETS o el desgaste por empatía es la amplitud y envergadura de la red de relaciones de apoyo con que cuenta el terapeuta(familia y amigos) combinada con la fijación de límites, (trazar claros límites entre el trabajo y el hogar). Los terapeutas que han podido disfrutar de una larga carrera profesional libres de TETS conocen la importancia de fijar límites y metas realistas en su tarea.

Al decir de Figley: “el desafío para los terapeutas traumatizados, consiste en transformar creativamente el dolor que absorbieron de sus consultantes, en una fuente de inspiración. Deben reconocer que, su rol, consiste en ayudar a muchas personas, pero también de cuidar de si mismos. El TETS no debe cobrarse una sola víctima entre los terapeutas sensibles, empáticos y compasivos”.

Capítulo XI

MODELO DE SISTEMATIZACIÓN DE PRIMERA ENTREVISTA

1. INTRODUCCIÓN

En la primera entrevista, el terapeuta busca obtener respuestas a tres preguntas básicas, para luego dar información al paciente sobre el tratamiento a seguir. Las tres preguntas que guían la entrevista son:

1. ¿Porqué?
2. ¿Porqué está usted aquí?
3. ¿Porqué está usted aquí ahora? (Beutler & Berren, 1995).

La primera pregunta busca conocer:

- la naturaleza del problema;
- su historia;
- el "backround" del paciente y su familia;
- la historia de tratamientos anteriores.

La segunda pregunta busca saber:

- la naturaleza de la derivación;
- los procesos de selección entre las opciones;
- las expectativas del paciente sobre cómo va a ser el tratamiento.

La tercera pregunta busca establecer si:

- el problema es agudo o crónico
- el consultante está presionado
- los eventos que lo llevaron a buscar ayuda son internos a la angustia del paciente (motivación intrínsica) o el resultado de demandas y amenazas externas. (motivación extrínseca).

2. PRIMEROS PASOS Y TAREAS MÁS IMPORTANTES

A continuación se expone un modelo de sistematización de la primera entrevista, el cual ha sido diseñado tomando en cuenta los aportes últimos de la investigación, que se han venido presentando en los capítulos anteriores, y que además, tiene la particularidad de ser versátil y flexible, de modo tal que puede ser adaptado a los diferentes modelos de psicoterapia breve, y a su vez puede ser útil para los diferentes estilos terapéuticos.

Los pasos son los siguientes:

1. *Momento social*.

   Es la etapa de saludo y presentación formal. Se busca crear un clima de cordialidad y calidez.

2. *Establecimiento de una relación terapéutica positiva o alianza de trabajo.*

   La relación de trabajo tiene dos componentes principales: (1) proveer apoyo empático al paciente mientras explora material difícil y temido; y (2) establecer una expectativa y un precedente de colaboración entre paciente y terapeuta.

3. *Formulación de preguntas específicas y procedimientos prescriptas por el modelo teórico elegido*

   Por ejemplo, tomando el modelo de Palo Alto o MRI, las preguntas o pasos podrían ser las siguientes:

   - "¿Cuál es el problema?" Se trata de la llamada "queja inicial" o motivo de consulta.
   - "¿De qué manera es un problema para usted o para ustedes este asunto que me consultan?" A partir de la respuesta del cliente se va cooconstruyendo la demanda.
   - "¿Por qué ahora busca ayuda?" Esta pregunta alude a la motivación.
   - "¿Qué cosas quisiera hacer y no puede hacer como consecuencia del problema?" Esta pregunta también explora la motivación para el cambio.
   - ¿Cómo usted/s ha o han tratado de manejar este problema?" Busca averiguar las soluciones intentadas para resolver el problema.

- “¿Cuál sería para usted un cambio, aunque sea mínimo, que le daría la pauta de que el problema está mejorando?” Aquí se valora el proceso y como define el cambio el consultante.
- .”¿En qué pensaba cuando intentaba resolver el problema? Esta pregunta busca descubrir la teoría o sistema de creencias del paciente.
- Intervenciones. Por ejemplo, redefinición, prescripción de síntomas, tareas directas, etc.

4. *Desarrollar un sentido de colaboración preguntando qué espera de la terapia* (metas, objetivos).

   Sabemos que la participación activa del paciente en la formulación y búsqueda de consenso en relación al los objetivos y metas del tratamiento, aumenta la motivación al cambio y la adherencia del paciente al tratamiento, lo cual se traduce en resultados más exitosos.

5. *¿Qué plazo quiere que establezcamos?*

   En general ha sido una variable desestimada o poco considerada por los terapeutas.

6. *Cómo sabrá usted si ha alcanzado los objetivos que se ha fijado, ya sea individualmente o como familia***.**

   La representación mental de la realidad transformada tiene un fuerte impacto sobre el plano motivacional y ejerce a su vez una acción proactiva sobre la conducta humana.

7. *¿Qué espera de la terapia?*

   Las respuestas en general son muy diferentes para cada paciente, por tanto la demanda puede consistir en recibir orientación, consejo, apoyo o comprensión entre otras.

8. *¿Qué es lo que prefiere o desea de mí como terapeuta?*

   Por ejemplo, “sentirme valorada, apoyada, entendida”, podrían ser algunas respuestas posibles por parte de una paciente.

9. *¿Qué es lo peor que yo podría hacer? ¿Ó qué es lo que usted no quisiera de un terapeuta?*

   Las posibles respuestas podrían ser: “Que no sea sincero”. “Que no me defraude en mis expectativas”. “Que no sea confiable”.

10. *Preguntas específicas para personalizar la RT.*

    El terapeuta formula al paciente las siguientes preguntas: “Algunas personas prefieren que yo asuma una posición más cercana, en cambio, otras prefieren que permanezca más alejado. ¿Qué prefiere usted?”

    “Algunas personas prefieren que yo hable un poco más, en tanto que otras prefieren que sea un poco más reservado. ¿Qué es lo que usted desea?”

    “Algunas personas me prefieren más formal, en tanto, otras quieren que sea mas bien informal. ¿Cómo usted se sentiría más cómodo?”

11. *Si estuvo antes en terapia, preguntar: “¿Cuáles fueron los resultados más positivos y más negativos?”*

12. *Valorar al paciente por haberse ofrecido la información demandada.*

    Se trata de reconocer el esfuerzo realizado por el cliente al brindar datos tan personales e íntimos.

13. *Informarle al paciente que la alianza terapéutica (trabajar juntos) y su involucración activa en la terapia (cumplir las tareas para el hogar) constituyen dos de los predictores más importantes del éxito.*

14. *“¿Qué podemos esperar de usted?” “¿Qué está usted dispuesto a trabajar para que haya un cambio?” ó “¿Qué responsabilidad está dispuesto a asumir para que eso ocurra?”*

15. *Establecer la naturaleza del tratamiento.*

    Se considera que la terapia es un proceso de responsabilidad compartida entre paciente y terapeuta. Se ha podido constatar fehacientemente que una de las variables que contribuye de manera significativa a incrementar el éxito en psicoterapia es saber cual es la naturaleza del tratamiento propuesto por el terapeuta. Por ejemplo:

    Terapeuta: “Por ahora los dos estamos de acuerdo en que deberíamos empezar por controlar su uso de drogas, ver como afecta eso a su depresión y, luego, podemos proceder a trabajar en la comprensión de cómo su matrimonio y su familia podrían estar involucrados en todas estas cosas. ¿Estaría de acuerdo que podríamos trabajar de este modo?”

Se ha podido corroborar que el uso en el lenguaje de la primera persona del plural, como por ejemplo, nosotros, estamos, nuestro, podemos, deberíamos, es em-

pleado de manera más frecuente en terapias exitosas. El lenguaje de colaboración se usa para transmitir y reforzar la mutualidad del proceso psicoterapéutico.

Por último, destacamos que el foco inicial durante la primera entrevista debería estar puesto en encontrar el núcleo de la demanda, el cual habitualmente aparece en los primeros cinco minutos del desarrollo de la entrevista. Este representa las expectativas más urgentes del consultante, por lo que el terapeuta debería tomar muy en cuenta, a los efectos de responder a las mismas de una manera satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGMAN, J. (1991). *Pescando Barracudas*. Paidós: Bs. As.

BEUTLER, L. y CLARKIN, J. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions.* Brunner/Mazel: New York.

BORDIN, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Pychotherapy: Theory research and practice*.

CADE, B. y Hudson O´Hanlon, W. (1995).Guía breve de terapia breve, Paidós: España.

CARKHUFF,R.R. (1969), *Helping and Human Relations*. Nueva York: Holt, Rinehart &Winston.

CASABIANCA, R y HIRSCH, H. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*.

CONSOLI A J. y BEUTLER L.E. (1995). *Values and Psychotherapy. Argentine Journal of Clinical Psychology,* 1-36.

CORMIER, W. y CORMIER, S. (1994). *Estrategias de entrevistas para terapeutas*. Editorial Desclèe de Brouwer: España.

GARCÍA GRAÑA GóMEZ, J. L. (1994).*Conductas adictivas: teoría, Evaluación y Tratamiento*. ED. Debate: Madrid.

DALLOS, R. (1996) *Sistema de creencias familiares*. Paidós: Bs. As.

DAVIS, M. y otros. (1986) *Técnicas de autocontrol emocional*. M. Roca: España.

DE SHAZER, S. (1989). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós: Bs. As.

EGAN, G. (1998). *The Skilled Helper.* Brooks/Cole, Publishing Company.

FERNÁNDEZ, V. (1994) *Psicoterapia estratégica*. Univ. Autónoma de Puebla: México.

FERNANDEZ MOYA, J. (2003). En busca de resultados**.** Univ. Del Aconcagua**,** Mendoza.

FISCH R.; WEAKLAND, J. y SEAGAL, L. (1984). *Tácticas del cambio*. Editorial Herder: Barcelona.

FRANK, J.D. (1977). *Salud y Persuasión*. Edit. Troquel: Buenos Aires.

Frank.D. y.Frank, J.B (1991). Persuasión and healing, 3ª ed., Baltimore, Johns Hopkins, 1991.

GASTON, L.(1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy,* 27,143-153.

GENTRY. E. J. (2003) Desgaste por Empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberamérica,* Vol II -Número 2- Junio, pp. 4- 17

GIL-MONTE, J. P. (1997). Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse. Síntesis Psicología.

GÓNGORA NAVARRO, J. (1992) *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós: Barcelona.

GÓNGORA NAVARRO, J; y Otro. (1995). *Avances en terapia familiar*. Paidós: Barcelona.

GÓNGORA, J., PEREIRA MIRAGAYA, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Paidós: España.

HALEY, J. (1980). *Terapia para resolver problemas.* Amorrourtu, Bs. As.

HIRSCH, H. Y Otros (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Edit. Nadir: Bs.As.

HOMBRADOS, J. (1997). *Estrés y salud*. Promolibro: España.

KASFER, F; GOLDSTEIN, A. (1993). *¿Cómo ayudar al cambio en psicoterapia?* Edit. DDB: Bilbao.

KEENY, B. y ROSS, J. (1993). *Construcciones de terapias familiares sistémicas*. Amorrortu editores.: Bs. As.

KELLY, J. (1992). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Edit. Descle de Bouver.

KLEINKE, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Editorial Desclèe Brouwer.

LABRADOR, F. Y Otros (1998). *Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta*. Pirámide: Madrid.

LAMBERT,M,J., BERGIN, A. y SHAPIRO, E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S.L, Garfield y A.E. Bergin (comp), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ra ed.) New York: Wiley.

LAMBERT, M. J (1992*). Psychoterapy Outcome Research: Implications for Integrative and Ecletic Therapist. Handbook of Psychotherpy Integration*. Chapter 3,95-122.

LERNER, E. (1992). Visión estratégica de los sentimientos del terapeuta. *Sistemas familiares.* Dic., Año 8 Nº 3, Asiba.

MADANÉS, C. (1993). *Terapia familiar estratégica*. Amorrortu editores: Bs. As.

MAURICIO ANDOLFI, I. Z. (1993). *Dimensiones de la terapia familiar*. Paidos, Terapia familiar, Barcelona.

McCann,I.L. y Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal traumatic Stress*,3.(1), 131-149.

MILLER, W. y ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional.* Paidós: Barcelona.

MOYA, FERNANDEZ, J. (2004). *En busca de resultados. Una introducción al modelo Sistémico–Estratégico.* Manual de cátedra, Universidad Católica de Santa Fe.

NORCROSS, J.C , (2002). *Psychotherapy Relationships That Work* . Oxford University Press.

NORCROSS, j. y GOLDFRIED (1992). *M.Handbook of Psychotherapy Integration, Basic Books.*

OCHOA DE ALDA, I. (1995) *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder: Barcelona.

PAPP, P. (1988). *El proceso de cambio*. Paidós: Barcelona.

PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE,C.C.(1982) *Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change.*Psychotherapy:Theory, Research and Practice,19:276-278;.

PROCHASKA, J.O. y DICLEMENTE,C.C. (1984).The Transtheoretical Approach., Dorsey Professional Bosok.

ROGERS, C. y KINGET M. (1971). *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. Alfaguara: Madrid.

SAFRAN, J.D. y SEGAL,Z (1990). *Interpersonal proceses in cognitive therapy.* New York: Basic Books.

SAFRAN, J. y MURAN, C. (1998). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide.* The Guilford Press.

STRUPP, H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. *Archives of General psychiatry.* Pag, 401.

STRUPP, H. y BINDER, J. (1984). *Pshychotherapy in a new key.* New York. Norton.

VALLEJOS PAREJA (1998). *Manual de terapia de la conducta. Vol. I y II*. Dykinson: Madrid.

WATZLAWICK, P. (1983). *El lenguaje del cambio*, Ed. Herder: España

WATZLAWICK Y Otros (1985) *Teoría de la comunicación humana*. Herder. Barcelona.

WATZLAWICK, P.y WEAKLAND, J. y FISCH, R. (1989). *Cambio*. Herder: Barcelona.

YALOM. I.D. (1980). *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books.